

Maija Kallio-Kujala

**Heräämöhoitotyön kehittäminen leikkauspotilaan  
siirtokriteerien avulla Seinäjoen keskussairaalassa**

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK sosiaali- ja terveysala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK, kehittäminen ja johtaminen



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä: Kallio-Kujala Maija

Työn nimi: Heräämöhoidotyön kehittäminen leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla Seinäjoen keskussairaalassa

Ohjaaja: Kyrönlahti Eija, yliopettaja

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 76

Liitteiden lukumäärä: 6

Tämä opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö. Tarkoituksena oli lisätä potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon laatua yhdenmukaistamalla hoitokäytäntöjä Seinäjoen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikön heräämössä. Tavoitteena oli ottaa käyttöön systemaattinen potilaan tilan ja siirtokelpoisuuden arviointi näyttöön perustuvien leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla.

HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitusten (n=15) avulla kartoitettiin potilasturvallisuuden ongelmia heräämössä. Lähtötilannetta selvitettiin kehittämistyöryhmän jäsenten laatimilla swot- analyseilla (n=6). Moniammatillinen kehittämistyöryhmä koostui yhdeksästä jäsenestä. Tapaamisissa käytettiin osallistavia menetelmiä. Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) julkaisemat leikkauspotilaan siirtokriteerit arvioitiin hoitotyön näkökulmasta liikennevaloharjoituksella. Ne muokattiin yksikön toimintaan soveltuviksi ennakointidialogikeskustelulla, jossa reflektoitii hoitotyön toimintatapoja. Osallistujia tässä tapaamisessa oli neljä. Muokattuihin kriteereihin lisättiin lääketieteellinen näkökulma anestesiaalääkärin teemahaastattelun perusteella. Ennen siirtokriteerien käyttöönottoa järjestettiin koulutuksia (n=7) leikkaus- ja anestesiayksikön ja vuodeosastojen henkilökunnille. Koulutuksen teemat muodostuivat MindMap -menetelmällä kehittämistyöryhmän tapaamisessa, jossa osallistujia oli kolme.

Heräämöhoidotyön potilasturvallisuuden ongelmat koskivat tiedonkulkua, hoitokäytäntöjä, lääke- ja kivunhoitoa. Lähtötilanteessa vahvuutena nähtiin henkilökunnan ammatillinen osaaminen ja heikkoutena yhteistyön puute heräämön ja vuodeosastojen välillä. Mahdollisuutena olivat remontoituvat tilat ja mahdollisuus niiden myötä muuttaa hoitokäytäntöjä. Uhkana pidettiin henkilökuntaresurssin riittämättömyyttä. Leikkauspotilaan siirtokriteereillä vastattiin lähtötilanteen ongelmiin. HOTUKSEN julkaisemat leikkauspotilaan siirtokriteerit arvioitiin ja muokattiin yksikön toimintaan soveltuviksi hoitotyön ja lääketieteen näkökulmasta reflektoiden niitä käytössä oleviin toimintatapoihin. Henkilökunnalle suunnatulla koulutuksella vahvistettiin ammatillista osaamista ennen siirtokriteerien käyttöönottoa leikkaus- ja anestesiayksikössä ja kirurgisilla vuodeosastoilla.

Avainsanat: heräämöhoidotyö, potilasturvallisuus, laatu, siirtokriteerit

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree (UAS) in Health Care and Social Work

Author: Kallio-Kujala Maija

Title of thesis: Developing of post anesthesia care by using surgical patient's discharge criteria in the Seinäjoki Central Hospital

Supervisor: Kyrönlähti Eija, principal lecturer

Year: 2015

Number of pages: 76

Number of appendices: 6

---

The thesis was a study of research-based development, which was executed in the Seinäjoki Central Hospital. The aim was to increase patient safety and to improve the quality of care in the Anesthesia and Operative Care Unit. The thesis aimed at the harmonization of nursing practices in the Post Anesthesia Care Unit (PACU). The aim was to introduce a systematic patient's condition assessment by using evidence-based surgical patient's discharge criteria in the PACU.

Starting point for the development was studied by HaiPro® patient safety incident reports (n=15). Both analyses were complemented by SWOT analyzes (n=6), which were made by the members of the multi-professional development group. Multi-professional development group consisted of six members. In the meetings participatory methods were used. Discharge criteria published by Finnish Nursing Research Foundation (HOTUS) were estimated by using a "traffic lights exercise." They were modified into a suitable form for this unit using anticipation dialogue discussion method. The content of the discussion was nursing practices. There were four participants in this meeting. Medical point of view was examined by the theme interview method and it was added to the modified discharge criteria. Before the introduction of the criteria lectures (n=7) to the staff of the Anesthesia and Operative Care Unit and of the Surgical Wards were organized. Themes for the lectures were made by Mind Map-method. Participants in this preparatory meeting were three.

Patient safety problems occurred in information, clinical practices, medical care and pain treatment in the PACU. At the baseline strength was the staff's professional competence and the weakness was the lack of cooperation between PACU and Surgical Wards. Opportunities were seen in renovated premises and in the possibility to change nursing practices when the new premises will be completed. A threat was recognized in the inadequate resourcing of the staff. Surgical patient discharge criteria responded to the baseline problems. Discharge criteria published by HOTUS were estimated from both nursing and medical perspectives. The lectures that were targeted to the staff in the Anesthesia and Operative Care Unit and in the Surgical Wards strengthened professional expertise.

Keywords: post anesthesia nursing, patient safety, quality, discharge criteria.

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluettelo.....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET .....	9
3 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ. ....	10
3.1 HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntäminen kehittämisessä ...	11
3.2 Hoitotyön laatu .....	12
3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö .....	13
3.4 Hoitotyön dokumentointi tiedonkulun turvaajana.....	14
4 HERÄÄMÖ HOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ .....	15
5 AMMATILLINEN OSAAMINEN HERÄÄMÖHOITOTYÖSSÄ.....	17
6 KEHITTÄMISTYÖN METODOLOGISET VALINNAT .....	18
7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN, MENETELMÄT JA AINEISTOT .....	20
7.1 Kehittämistyöryhmän perustaminen .....	20
7.2 HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitukset kehittämisen lähtökohtana.....	21
7.3 SWOT -analyysi heräämöhoitotyön lähtötilanteesta ja tulevaisuuden näkymistä.....	23
7.4 Leikkauspotilaan siirtokriteerien arviointi ja muokkaus.....	24
7.4.1 Hoitotyön näkökulma .....	25
7.4.2 Lääketieteen näkökulma .....	29
7.5 Mind Mapit henkilökunnan koulutuksen suunnittelussa.....	30
7.6 Henkilökunnan koulutuksen toteutus.....	32
8 TULOKSET .....	33
8.1 Potilasturvallisuuden ongelmat heräämössä.....	33
8.2 Heräämöhoitotyön vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat .....	36

8.3 Yksikön toimintaan muokatut leikkauspotilaan siirtokriteerit.....	39
8.4 Koulutuksen teemat kirurgisten vuodeosastojen sekä leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnalle .....	51
8.5 Yhteenveto tuloksista .....	58
9 KEHITTÄMISTYÖN POHDINTA .....	60
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMISHAASTEET .....	64
LÄHTEET .....	66
LIITTEET .....	76

## Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet ja menetelmät.....	20
Kuvio 2. Näkökulmat ja menetelmät siirtokriteerien muokkauksessa.....	25
Kuvio 3. Hoitotyön näkökulmat siirtokriteerien muokkauksessa.....	26
Kuvio 4. Aineistot kehittämistyön eri vaiheissa .....	33
Kuvio 5: Potilasturvallisuuden ongelmat heräämöhoidotyössä .....	34
Kuvio 6. Vuodeosastojen koulutuksen teemat. ....	52
Kuvio 7. Leikkaus- ja anestesiayksikön koulutuksen teemat.....	55
Taulukko 1. Verenkierron siirtokriteeri.....	40
Taulukko 2. Hengityksen siirtokriteeri .....	41
Taulukko 3. Tajunnan tason siirtokriteeri .....	42
Taulukko 4. Liiketoimintojen siirtokriteeri .....	43
Taulukko 5. Kivun siirtokriteeri .....	44
Taulukko 6. Pahoinvoinnin siirtokriteeri.....	45
Taulukko 7. Lämpötilan siirtokriteeri.....	46
Taulukko 8. Virtsanerityksen siirtokriteeri.....	47
Taulukko 9. Verenvuodon siirtokriteeri.....	48
Taulukko 10. Lääkityksen siirtokriteeri .....	50
Taulukko 11. Jatkohoito-ohjeiden siirtokriteeri .....	51

## 1 JOHDANTO

Heräämössä tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä alku leikkauspotilaan nopealle ja hyvälle toipumiselle sekä tarjota oikea-aikainen, saumaton ja turvallinen siirtyminen leikkaussalista heräämön kautta vuodeosastolle (Day 2007, 4). Tässä työssä käytän käsitettä heräämöhoitotyö, jolla tarkoitan heräämössä tapahtuvaa potilaan leikkauksen jälkeistä hoitotyötä.

Historiassa potilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle perustui lähes aina kullekin potilasryhmälle määritellyyn hoitoaikaan heräämössä. Potilaan toipuminen on hyvin yksilöllistä ja toipumiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Nykyinen suuntaus on kohti näyttöön perustuviin siirtokriteereihin pohjautuvaa potilaan hoitoajan määrittäystä heräämössä, mikä huomioi potilaan yksilölliseen toipumiseen. (Brown ym. 2008, 179; Clifford 2014, 159–160; Dwyer 2013, 15.)

Potilaat siirretään heräämöstä vuodeosastolle mahdollisimman varhaisessa mutta optimaalisessa toipumisen vaiheessa. Pitkittyvä hoito pohjautuu monesti ongelmiin hoidon prosessissa yli yksikkörajojen ja traditioihin heräämöhoidon käytännöissä. Tämä lisää hoidon kustannuksia, henkilökunnan työmäärää heräämössä ja heikentää potilasturvallisuutta. (Brown ym. 2008, 179; Covie & Concoran 2012, 394–398; Lukkarinen ym. 2012, 4–6.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) julkaisema käsikirja potilaan heräämövaiheen hoidosta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (Lukkarinen ym. 2012) on heräämöhoidotyön keskeinen teos, joka on laadittu tutkimusnäyttöön perustuen. Siinä esitetään leikkauspotilaan siirtokriteerit (LIITE 1), jotka perustuvat potilaan elintoimintojen palautumiseen. Kivunhoito on merkittävä osa potilaan hoitoa heräämössä ja sille on julkaistu oma näyttöön perustuva suosituksensa, joka edistää potilaslähtöistä ja oikea-aikaista kivunhoidon toteutumista (Salanterä ym. 2013, 4). Heräämössä työskentelevä anestesiahoitaja arvioi systemaattisesti potilaan siirtokelpoisuutta heräämöstä vuodeosastolle siirtokriteerien avulla. Ne ovat käytössä valtakunnallisesti useissa sairaaloissa, mikä kaventaa alueellisia eroja potilaiden hoidossa. Siirtokriteerien käytöllä voidaan ehkäistä komplikaatioita ja tunnistaa ne varhaisessa vaiheessa, mikä johtaa kustannusten säästöön. (Lukkarinen ym. 2012, 6; Savo 2007.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategian mukaan näyttöön perustuvat, vaikuttavat toimintatavat nähdään sairaanhoitopiirin menestystekijänä. Hoitotyössä käytetään vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012, 10–14.) Leikkauspotilaan siirtokriteerit otetaan käyttöön Seinäjoen keskussairaalan heräämössä, kun toiminta remontoiduissa tiloissa alkaa 2015.

Siirtokriteerien käytöstä on monia hyviä tutkimustuloksia, joiden mukaan hoitoajat heräämössä ovat lyhentyneet, eikä haittatapahtumien tai komplikaatioiden ole todettu lisääntyneen. Toiminta on tehostunut ja henkilöstöresurssia on vapautunut vastaamaan paremmin potilaiden hoidon tarpeeseen, mikä on parantanut hoidon laatua. (Brown ym. 2008, 179; Clifford 2014, 159–160; Dwyer 2013, 15.) Siirtokriteerien käyttö tekee heräämöhoidotyön näkyväksi ja parantaa henkilökunnan oikeusturvaa.

Siirtokriteerien käytön taustalla on ajatus kustannustehokkuudesta, resurssien kohdentamisesta oikeisiin asioihin ja potilasturvallisuuden parantamisesta. Leikkaushoidon kustannukset erikoissairaanhoidossa ovat yhteiskunnallisesti korkeat. Sairaala Ortonissa 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan leikkaussalikustannus oli noin 560e tunnilta ja heräämökustannus 180e tunnilta. Vuodeosastolla hoitopäivä maksoi noin 500e. (Eklund ym. 2007, 302–304.) Toiminnan tehostaminen heräämössä on siis yhteiskunnallisesti kustannusvaikuttavaa toimintaa.

Tein opinnäytetyöni tiedonhakuja suomeksi ja englanniksi. Sain ohjausta kirjaston informaattikolta. Käyttämiäni hakusanoja olivat: heräämö, postoperatiivinen hoito, potilasturvallisuus, näyttöön perustuva hoitotyö ja hoitotyön laatu. Englanniksi hain tietoa seuraavilla hakusanoilla: post anesthesia care unit, postanesthesia care, patient safety ja quality of perioperative care. Tutkittua tietoa heräämöhoidotyöstä löytyi melko vähän. Esimerkiksi Cinalh -aineistotietokannasta löytyi vain 165 akateemista julkaisua hakusanoilla post anesthesia care unit. Lähteet valitsin tiivistelmien perusteella pohtimalla niiden hyödynnettävyyttä oman työni aiheen kannalta. Lisäksi suosin mahdollisimman tuoreita lähteitä.



## 2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka **tarkoituksena** oli parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua yhdenmukaistamalla hoitokäytäntöjä Seinäjoen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikön heräämössä.

**Tavoitteena** oli ottaa käyttöön heräämössä systemaattinen potilaan tilan ja siirtokelpoisuuden arviointi näyttöön perustuvien leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla.

### **Kehittämiskysymykset:**

Millaisia potilasturvallisuuden ongelmia heräämöhoitotyössä on ja voidaanko leikkauspotilaan siirtokriteerien käytöllä vastata niihin?

Miten leikkauspotilaan siirtokriteerit saadaan käyttöön jokapäiväiseen heräämöhoitotyöhön?

Miten ammatillista osaamista voidaan kehittää heräämöhoitotyössä?

### 3 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Tässä luvussa kerron potilasturvallisuudesta yleisesti, potilasturvallisuusilmoitusten hyödynnettävyydestä kehittämisessä, hoitotyön laadusta, näyttöön perustuvas-  
ta hoitotyöstä ja hoitotyön dokumentoinnista tiedonkulun turvaajana.

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Sillä tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden palvelujen turvallisuus. Potilasturvallisuus takaa sen, että potilas saa oikean tarvitsemansa hoidon, joka toteutuu oikea-aikaisesti. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttaviksi todettuja menetelmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–14; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7.)

Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Yksikön johtamisessa on oltava moniammatillinen asiantuntemus, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, ammattiryhmien hyvää yhteistyötä ja hoitotyön toimintatapojen kehittämistä. Turvallisuuuskulttuuri on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta yksikössä on, millaisia vaaroja toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Turvallisuuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. (Koivuranta-Vaara 2011, 16; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–14; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7.)

Sahlström, Partanen ja Turunen (2012, 6–11) tutkivat potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Potilaista lähes kaikki (94%) pitivät terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisena. Potilaat kokivat, että heillä on merkittävä rooli oman turvallisuutensa edistäjinä sairaalassa. He halusivat osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja oppia miten omalla toiminnallaan pystyisivät edistämään hoitonsa turvallisuutta. Tuloksista ilmenee, että potilaan aktiivisempi rooli vaatii hoitokulttuurin muutosta siten, että potilaita rohkaistaan osallistumaan yhä enemmän omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon osatekijä ja keskeinen osa laadukasta hoitoa. Ammattihenkilöt sitoutuvat potilasturvallisuuden edistämiseen arvioimalla omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa. He pyrkivät kehittämään omaa toimintaansa soveltamalla tutkimustietoon ja kokemukseen perustuvia käytäntöjä työssään. Päämääränä tulisi nähdä potilaan oikeus hyvään, laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, 2–6.)

### **3.1 HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntäminen kehittämisessä**

Potilasturvallisuus liitetään usein haittatapahtumiin. Tulevaisuudessa haasteena on turvallisuusajattelun laajentaminen organisaation kokonaistoimintaa systemisesti, ennakoivasti ja positiivissävytteisesti tarkastelevaksi. Potilasturvallisuus taa-taan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen. Se toteutuu arvioimalla ja tutkimalla palvelu-järjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. (Pietikäinen ym. 2008, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–14.) Ensimmäinen askel turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on luoda ilmapiiri, jossa potilasturvallisuus on etusijalla kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla virka-asemasta huolimatta (Huang, Kim & Berry 2013, 365).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä valtakunnallinen HaiPro® -raportointijärjestelmä. Se on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, jonka avulla hyödynnetään vaaratapahtumista saatavat tiedot toiminnan kehittämiseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Lisäksi saadaan tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen ja luottamukselliseen vaaratapahtumien ilmoittamiseen ilman pelkoa vaaratapahtuman henkilöitymisestä. Potilasturvallisuusilmoitusten sisältöä käsitellään yhdessä yksikön henkilökunnan kanssa. (Huang ym. 2013, 365; Ross 2014a, 61; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä [Viitattu 30.7.2014].)

### 3.2 Hoitotyön laatu

Laadunvarmistuksen tavoitteena on hoitotyön kehittäminen vastaamaan asetettuja laatutavoitteita olemassa olevien resurssien avulla. Lähtökohtana voivat olla havaitut ongelmat ja halu etsiä ratkaisuja käytännön työssä havaittuihin laatuongelmiin. Kehittämisen tavoite tulee olla, että kehittäminen ja uudistaminen mahdollistavat palvelun käyttäjien näkökulmasta laadukkaampaa palvelua. (Pelkonen & Perälä 1992, 86; Stenvall & Virtanen 2012, 43–51; Vuori 2013, 94.)

Hoidon laatu tarkoittaa parhaiten saavutettavissa olevien hoitotulosten varmistamista potilaille ja hoidon haitallisten sivuvaikutusten välttämistä. Laatu on myös potilaiden ja heidän omaistensa tarpeiden huomioon ottamista ja hoitoa tavalla, jonka kustannus-hyöty-suhde on hyvä. Pyrkimys prosessien kuvaamiseen, yksinkertaistamiseen ja toiminnan tehostamiseen edistää potilaan hoidon oikea-aikaisuuden ja turvallisuuden toteutumista. Hiotun prosessin myötä virheet vähenevät ja hoitotyön laatu paranee. Tämä tarkoittaa yleensä pienempiä kustannuksia, nopeaa ja tehokasta ajankäyttöä ja parempaa asiakastyytyväisyyttä. (Koiruranta-Vaara 2011, 13; Marjamaa 2007, 17, 60.)

Henkilökunnan asiantuntemus, huomaavainen käytös, potilaan kunnioitus ja tarpeiden huomiointi nostavat potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta ja kokemusta hyvästä ja laadukkaasta hoidosta. Myös riittävä henkilökuntaresurssi ja kiireetön ilmapiiri ovat potilaan näkökulmasta tärkeitä hoidon laatulementtejä. (Kvist 2004, 91–97, 171–172; Nilsson, Unosson & Kilgren 2005, 101.)

Leinonen (2002, 82) tutki perioperatiivisen hoitotyön laatua. Se arvioitiin erittäin korkeaksi sairaanhoitajien ja potilaiden näkökulmasta. Mielipiteet hoidon laadusta kohdentuivat potilaiden ja hoitajien näkökulmasta eri asioihin. Potilaat kokivat tulleen kohdelluksi kunnioitetusti ja hienotunteisesti hoitonsa aikana. He olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon heräämössä, vaikka he kokivat henkilökuntamäärän riittämättömäksi. Tutkimuksen mukaan potilaiden näkemystä ja osallisuutta omaan hoitoon tulisi lisätä perioperatiivisessa hoitotyössä. Hoitajat kokivat kiireen ja kiiruhtamisen ilmapiirin sekä potilaiden kokeman leikkaukseen odotusajan pituuden huonontavan hoidon laatua. Potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta hoidon laadussa ei ollut turvallisuuspuutteita.

Keskeinen heräämöhoitotyön laadun osio ovat yhdenmukaiset hoitokäytännöt. Niihin sisältyy paljon ammatillisen osaamisen osa-alueita, jotka ovat heräämöhoitotyössä spesifejä. Hoidon prosessien yhdenmukaistaminen vähentää vaihtelua prosessin eri vaiheiden kestossa ja sujuvoittaa työskentelyä. Hoitotyössä laatua varmistaa näyttöön perustuvien hoitomenetelmien käyttö ja koulutettu, ammattitaitoinen henkilökunta (European commission 2010, 8; Koivuranta-Vaara 2011, 11; Laitila 2006, 42.)

Laadun mittaaminen on monimutkaista ja näkökulmasta riippuvaa. Laatu merkitsee eri asioita potilaalle, lääkäreille, hoitohenkilökunnalle ja palvelun maksajalle. Laatu on helpoiten mitattavissa kustannusten ja hoidon tulosten kautta ja tuloksia täytyy aina verrata sairaaloittain, alueellisesti ja kansallisesti. Mitattu hoidon hyvä laatu kuvastaa hyviä ja vaikuttavia hoitokäytäntöjä sekä toimivia hoidon prosesseja. (Lee 2013, 393; Ross 2010, 212–213.)

### **3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö**

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoite on, että tutkimusnäyttöä hyödyntämällä kehitetään mahdollisimman hyviä hoitokäytäntöjä alueellisesti ja kansallisesti. Potilaalle tämä näkyy siten, että hoito on tasalaatuista, eivätkä hoitokäytännöt juuri-kaan vaihtelee paikkakunnittain tai organisaatioittain. Organisaatioissa eri sairauksien hoitoon on laadittu hoitoprotokollat, jotka ohjaavat työntekijöiden toimintaa ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämisessä lähtökohtana on hoidon kokonaisuus. Tämä edellyttää ammattilaisilta valmiutta moniammatilliseen yhteistyöhön. (Holopainen ym. 2013, 24, 32–33; Koivuranta-Vaara 2011, 13.)

Järjestelmällisiin katsauksiin koottu ja luotettavaksi arvioitu tutkimustieto edustaa parasta mahdollista näyttöä. Näytön luonteeseen kuuluu, että se on uusiutuvaa. Uusi tutkimustieto voi joko kumota tai vahvistaa olemassa olevaa tietoa. Terveystenhuollon toimintatapoja kehittämällä voidaan lisätä toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä parantaa henkilökunnan ammatillista osaamista. (Holopainen ym. 2013, 15–18, 24.)

Opinnäytetyöni keskeisimpänä lähteenä olen käyttänyt Lukkarisen, Virsiheimon, Hiivalan, Savon ja Salomäen (2012) *käsikirjaa potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle*, jota pidetään näyttöön perustuvan heräämöhoidotyön keskeisenä teoksena. Se on kirjallisuuskatsausten perusteella koottu teos potilaan heräämövaiheen hoidosta. Käsikirjassa käytettyjen tieteellisten artikkeleiden laatu on arvioitu ennen niiden hyväksymistä kyseisen teoksen lähteiksi. Teoksessa esitettyjen siirtokriteerien käyttö on näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä heräämöhoidotyössä.

Anestesiahoitaja käyttää siirtokriteereitä tarkistuslistatyypistä arvioidessaan potilaan siirtokelpoisuutta heräämöstä vuodeosastolle. Tarkistuslista sisältää kriteerit, joiden toteutuminen tarkistetaan systemaattisesti aina samalla tavalla. Tavoitteena on virheiden määrän vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja hoidon laadun parantaminen. Tarkistuslista tarjoaa yksinkertaisen ja tehokkaan ydinasioiden listan, jonka avulla voidaan parantaa tiimityötä, kommunikaatiota ja edistää turvallista toimintakulttuuria. (Helovuori ym. 2011, 208–209; Ross 2014b, 510.)

### 3.4 Hoitotyön dokumentointi tiedonkulun turvaajana

Hoidon kattava dokumentaatio lisää potilasturvallisuutta ja edistää hoidon jatkuvuutta. Käytössä olevan kirjaamismallin toimivuus ja tietojärjestelmätoteutusten käytettävyydet ovat tärkeitä laadukkaan, tehokkaan ja sujuvan kirjaamisen kannalta. Sähköinen potilastietojärjestelmä palvelee terveydenhuollon työntekijöitä tuottamalla aukottomasti ja reaaliajassa potilaasta oleellisia tietoja ja raportteja. Sähköisessä muodossa tieto on nopeasti saatavilla. (Helovuori ym. 2011, 72–73; Winther Olsen 2013, 77.)

On tärkeää, että hoitotyön kirjaaminen tukee hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa ja päätöksentekoa. Potilasasiakirjoihin merkitään, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. Potilaan hoitoon osallistuneet pystytään selvittämään tarvittaessa. (Lukkarinen ym. 2012, 29–30; Nykänen & Junttila 2012, 3.)

## 4 HERÄÄMÖ HOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Tässä luvussa kerron Seinäjoen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikön heräämöstä hoitotyön ympäristönä, siellä hoidettavista potilasryhmistä ja heräämöstä yhtenä anestesiahoitajan työpisteenä tässä yksikössä.

Leikkauksen jälkeisestä valvontayksiköstä voidaan käyttää monia eri käsitteitä, kuten anestesian valvontayksikkö, jälkivalvontayksikkö, valvontahuone, valvontasali tai heräämishuone. Seinäjoen keskussairaалassa heräämö on vakiintunut nimitys leikkauksen jälkeiselle valvontayksikölle. Käytän tässä opinnäytetyössä heräämö -käsitettä. Anestesia- ja heräämöhoidotyötä tekevää sairaanhoitajaa nimitetään yksikössä anestesiahoitajaksi, siksi käytän anestesiahoitaja -käsitettä.

Leikkausyksikön hoitotyön sisältöön vaikuttaa voimakkaasti se, onko kyseessä yhden vai useamman vaativan erikoisalan toimenpideyksikkö. Seinäjoen keskussairaалassa leikkaustoiminta on laaja-alaista kattaen lähes kaikki erikoisalat, lukuun ottamatta sydän-, aivokasvain- ja elinsiirtokirurgiaa. Päivystyksellisesti kaikkina vuorokaudenaikoina tehtävät toimenpiteet, potilaiden korkea riskiluokitus ja usean erikoisalan edustus lisäävät heräämöhoidotyön vaativuutta. (Hatfield & Tronson 2009, 8; Smith & Hardy 2007, 104; Tengvall 2010, 2–6.)

Lähes kaikki leikkauspotilaat siirtyvät heräämön kautta vuodeosastolle ja hoitoaika heräämössä vaihtelee 15 minuutista yli vuorokauteen. Pieni osa leikkauspotilaista siirtyy suoraan leikkaussalista teho- tai vuodeosastolle. Valvontapaikkoja Seinäjoen keskussairaalan heräämössä on 17 ja lisäksi sen välittömässä läheisyydessä toimii viisipaikkainen 23H -heräämö. Nämä 23H -heräämön potilaat saapuvat leikkaukseen LEIKO- tai Päiväkirurgisen yksikön kautta ja heräämön anestesiahoitaja kotiuttaa heidät suoraan 23H -heräämöstä leikkauksen jälkeisen vuorokauden aikana, jopa yöllä potilaan niin halutessa. (Saarremaa 2010.)

Preoperatiivisesti leikkaukseen meneville potilaille voidaan laittaa heräämössä erilaisia puudutuksia ja suorittaa kanylointeja. Leikkauspotilaiden lisäksi heräämössä hoidetaan puudutuspotilaita, veripaikkapotilaita, ECT -potilaita (vaikean masennuksen hoidossa käytettävä elektrokonvulsiivinen hoito), kroonisia kipupotilaita, syöpäkipupotilaita ja toteutetaan radiologisten toimenpiteiden jälkeistä seu-

rantaa. Heräämössä tehdään myös anestesiaa vaativia pieniä toimenpiteitä, kuten lasten nivelpistoja. (Saarremaa 2010.)

Heräämö on avoinna ympäri vuorokauden (maanantai–aamusta lauantai–aamuun) ja hoitohenkilökunta työskentelee kolmivuorotyössä. Potilaskuormitus on huipussaan kello 11–17, minkä vuoksi heräämössä työskennellään porrastetuissa työvuoroissa. (Saarremaa 2010.)

Heräämö kuuluu anestesiahoitajien työkiertoon leikkaussalien lisäksi. Lisäksi heräämössä työskentelee perushoitajia, jotka työskentelevät anestesiahoitajien työpareina vastaten perushoidosta. Leikkauksen aikaisesta anestesiasta vastannut anestesia lääkäri vastaa potilaistaan myös heräämöhoidon osalta oman työaikansa puitteissa. Päivystysajalla päivystävä anestesia lääkäri vastaa kaikista heräämön potilaista. Heräämöllä on vastuuanestesia lääkäri, joka hallinnollisesti koordinoi toimintaa. (Saarremaa 2010.)

Päivystysaikana heräämöstä annetaan tarvittaessa henkilöstöresursseja leikkauksaliin hätätilapotilaiden hoitamiseksi. Heräämöö voidaan tarvittaessa käyttää tehohoitopotilaiden lisäosastona, jos teho-osasto on täynnä. Perus- ja täyshälytystilanteessa (suuronnettomuus) heräämö toimii tehohoitoa vaativien potilaiden lisäosastona valmius- ja suuronnettomuussuunnitelman mukaisesti ja pandemiatilanteessa lisäosastona. (Saarremaa 2010.)

Seinäjoen keskussairaalan keskusleikkausosaston heräämön laajamittainen remontointi tapahtui vuosina 2014–2015 eli samaan aikaan, kun tämä opinnäytetyö toteutettiin. Remontin ajan heräämö toimi sairaalan sisäpihalle sijoitetuissa parakitiloissa. Toiminta uusissa remontoituissa tiloissa alkoi helmikuulla 2015.



## 5 AMMATILLINEN OSAAMINEN HERÄÄMÖHOITOTYÖSSÄ

Tässä luvussa kuvaan lyhyesti anestesiahoitajan ammatillisen osaamisen sisältöä heräämöhoitotyössä.

Perioperatiivisessa ympäristössä työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan erittäin korkeaa ammatillista osaamista, joka rakentuu tutkinnon lisäksi laajasta yksikökohtaisesta perehdytyksestä ja karttuneesta kokemuksellisesta tiedosta. Heräämössä osaaminen painottuu leikkauspotilaan elintoimintojen palautumisen seurantaan ja ylläpitoon sekä komplikaatioiden ehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Heräämöhoitotyön keskeisiä sisältöjä ovat potilaan verenkierron, nestetasapainon, virtsanerityksen, hengityksen, tajunnan tason, lämpötilan, pahoinvoinnin ja leikkausalueen seuranta sekä hoito. Kivunhoito on heräämössä työskentelevän anestesiahoitajan erityisosaamisaluetta. Toimiminen potilaan henkeä uhkaavissa tilanteissa ja elvytyksen hallinta kuuluvat ydinosaamiseen. Heräämössä hoidetaan leikkauspotilaiden lisäksi muita potilasryhmiä, mikä lisää työn haastavuutta. Anestesiahoitaja ylläpitää, kehittää ja syventää ammattitaitoaan, mikä edellyttää tutkitun tiedon seuraamisen, hyödyntämisen ja soveltamisen taitoja. (Godden 2012, 413; Meretoja & Koponen 2011, 421–422; Naski 2015, 4–6; Silvennoinen ym. 2012, 30; Tallman ym. 2011, 7; Tengvall 2010, 127.)

Anestesiahoitaja toteuttaa heräämössä lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa ja sovittujen toimintatapojen mukaisesti siirtää potilaan vuodeosastolle. Anestesia­lääkär­iä konsultoidaan tarvittaessa. (Smith & Hardy 2007, 104; Whitaker ym. 2013, 9.) Yhteistyö intraoperatiivisen leikkaustiimin, anestesia­lääkäreiden, kirurgien ja vuodeosastojen henkilökunnan kanssa on tiivistä ja siksi heräämöhoitotyö on myös moniammatillista yhteistyötä (Day 2007, 42; Lukkarinen ym. 2012, 4).

Leikkauspotilaan toipumiseen vaikuttavat monet tekijät. Yleisimmin ongelmat ja komplikaatiot heräämössä liittyvät sydän- ja verenkiertoelimistön sekä hengityksen ongelmiin, uneliaisuuteen, pahoinvointiin, leikkauksen jälkeiseen kipuun ja potilaan alilämpöisyyteen. (Day 2007, 42–43; Lukkarinen ym. 2012, 4–6; Peskett 1999, 1146.)

## 6 KEHITTÄMISTYÖN METODOLOGISET VALINNAT

Seuraavassa luvussa kuvaan työni metodologisia valintoja.

Metodologialla tarkoitetaan todellisuutta koskevan tiedon peruslähtökohtaa, tieteellistä perusnäkemystä tai maailmankatsomusta. Suppeasti tarkasteltuna metodologialla tarkoitetaan metodiikkaa ja metodien käyttöä tutkimuksessa eli sitä, miten tutkimuksen avulla käytännössä haetaan uutta tietoa todellisuudesta. (Metsämuuronen 2008, 12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 12.)

Toikon ja Rantasen (2009, 35) mukaan metodologialla tarkoitetaan kehittämistoiminnan periaatteiden määrittelyä. Haetaan vastauksia siihen, millaisena kehittämistoiminnan todellisuus nähdään, millaista intressiä kehitetään ja millainen on kehittämistoiminnan luonne.

Tutkimuksellisella kehittämisellä kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämisen välistä yhteyttä. Tavoitteena on muutos toiminnassa tai prosesseissa, mutta myös pyrkimys perustellun tiedon tuottamiseen. (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2008, 47–48; Toikko & Rantanen 2009, 23.) Tämä kehittäminen tuottaa uutta tietoa osana kehittämisprosessia, mutta samalla prosessissa korostuu tutkitun tiedon soveltaminen. Näyttöön perustuva tutkittua tietoa sovelletaan kehittämisen kautta osaksi päivittäistä heräämöhöityötä. Tarve tälle kehittämiselle on työelämlähtöinen ja se perustuu potilasturvallisuuteen sekä sen vaarantumisen estämiseen. Kehittäminen kohdistuu heräämöhöityön prosessiin, jonka päähenkilö on potilas ja hänen turvallinen hoitonsa heräämössä.

Kuuselan (2005, 53) mukaan tutkimuksellinen kehittäminen on tutkimus- ja muutosprosessi, joka perustuu osallistujien yhteistoimintaan. Tarkoituksena on luoda ratkaisuja prosessin ongelmakohtiin ja ottaa ratkaisut käyttöön käytännön toiminnassa. Kehittämisprosessia koordinoiva rohkaisee osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan. Eri menetelmiä voidaan käyttää eri aikoina tai yhtäaikaaisesti, jolloin parhaimmillaan eri aineistot täydentävät toisiaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 33; Heikkinen ym. 2008, 43–45; Ojasalo, Moilanen & Raitalahti 2009, 18–19; Toikko & Rantanen 2009, 22.)

Tutkiminen, oppiminen ja kehittäminen kulkevat rinnakkain prosessissa. Kehittämisen tavoitteena on tehdä asiat paremmin ja saada aikaan parempia tuloksia. Tämä edellyttää muutosta toimintatapoihin. Jos ajattelutavassa ei tapahdu muutosta, ei muutosta tapahdu toiminnassakaan. Muutos ei tapahdu hetkessä vaan vähitellen. (Holma, Tolvanen & Vihma 2010, 17.)

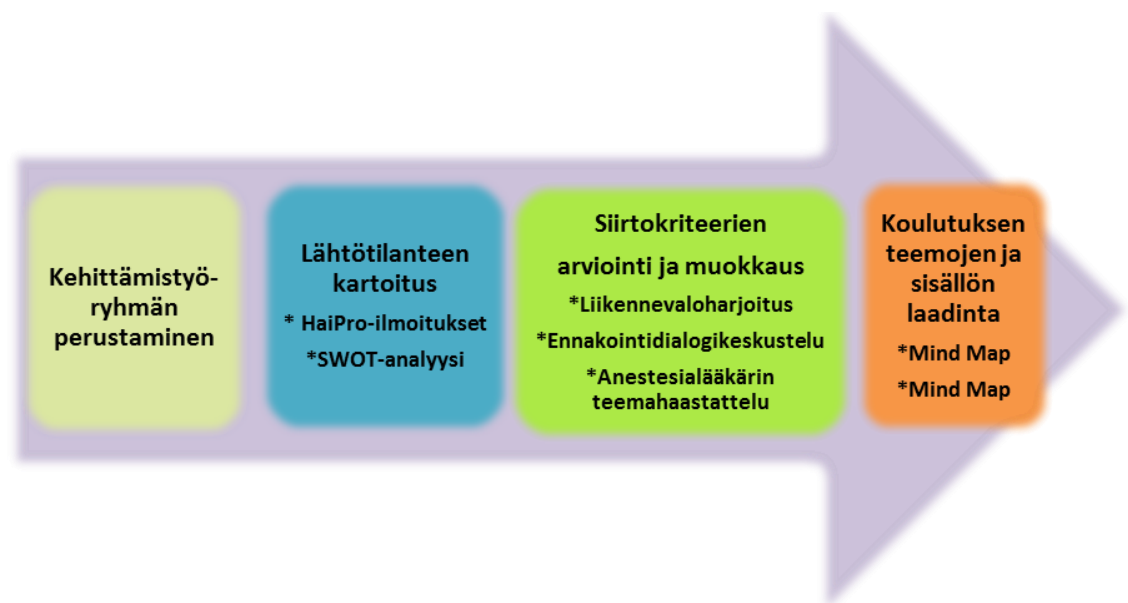
Heräämöhoitotyön kehittäminen nykyistä paremmaksi lisää potilaan hoidon turvallisuutta. Kehittämisen takana on ajatus hoidon laadun parantumisesta, jonka pysyy todentamaan vasta sitten, kun heräämöhoitotyön käytäntö on muuttunut, vakiintunut ja arvioitu uudelleen. Keskityn tässä työssä heräämöhoitotyön lähtötilanteen kartoitukseen, siirtokriteerien muokkaukseen ja henkilökunnan koulutuksen suunnitteluun.

Pragmaattisen totuusteorian mukaan totuutta on se, mikä on toimivaa, käyttökelpoista, hyödyllistä tai arvokasta. Praktinen, käytännöllinen tiedonintressi pyrkii ymmärtämään ihmistä hänen ympäristössään. Tiedolla ja toiminnalla katsotaan olevan yhteys. Praktisen tiedon intressin päämääränä on toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus. Pyritään tuottamaan tietoa siitä, voidaanko jotakin konkreettista työmenetelmää tai toimintatapaa pitää tehokkaampana tai parempana kuin nykyinen. Praktinen lähestymistapa painottaa toiminnan prosessimaisuutta. (Heikkilä ym. 2008, 33; Heikkinen ym. 2008, 43–45; Tuomi 2008, 27.)

Praktinen tiedonintressi soveltuu hyvin tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön, koska keskeistä on ajatus tiedon hyödyllisyydestä ja toimivuudesta. Päämääränä tässä työssä on potilaiden saaman hoidon laadun parantaminen ja potilasturvallisuuden lisääminen heräämössä hoitokäytäntöjä yhdenmukaistamalla. Ammatillinen kehittyminen ja toimijoiden itseymmärryksen parantuminen ovat myös tärkeitä päämääriä tässä työssä. Tietoa tuotetaan aidossa käytännön toimintaympäristössä ja tutkimukselliset asetelmat sekä menetelmät toimivat apuna kehittämisessä. Kehittäminen nojautuu aikaisempaan tutkimustietoon, asiasta saatuihin käytännön kokemuksiin sekä ammattilaisten kokemukselliseen ja hiljaiseen tietoon. (Heikkilä ym. 2008, 44; Toikko & Rantanen 2009, 17, 21–23, 68.)

## 7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN, MENETELMÄT JA AINEISTOT

Seuraavaksi kuvaan vaiheittain etenevästi kehittämistyön toteutuksen ja millaisia menetelmiä sovelsin (Kuvio 1) eri vaiheissa. Kuvaan myös eri vaiheissa syntyneet aineistot ja niiden analysoinnin sekä siirtokriteerien muokkauksen. Kehittämisprosessi oli kestoaltaan noin vuoden mittainen. HaiPro® ilmoituksia ja anestesiaalääkärin teemahaastattelua lukuun ottamatta aineistot syntyivät kehittämistyöryhmän tuottamina osallistavin menetelmin.



Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet ja menetelmät

### 7.1 Kehittämistyöryhmän perustaminen

Yhteistyö hoidon kehittämisessä kokoaa yhteen eri ammattilaisten näkemykset. Tietoa pystytään hyödyntämään kehittämisessä, kun nähdään omaa ydinosaaamista laajemmalle potilaan hoidossa. Toimivan työryhmän kannalta on tärkeää, että siinä vallitsee avoin ja keskustelevala ilmapiiri. (Isoherranen 2005, 14–23.)

Kehittämistyötä varten perustin kehittämistyöryhmän, johon kuuluivat heräämön vastuuanestesiaalääkäri ja vastuuanestesiahoitaja, kipuhoitaja, heräämössä työskenteleviä anestesiahoitajia sekä kirurgisella vuodeosastolla työskentelevä sai-

raanhoitaja. Vuodeosaston edustajien rekrytointi oli haasteellista, koska yhteistä ajankohtaa oli hankala sopia. Valitsin kehittämistyöryhmään keskusleikkausyksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka tekivät sijaisuuksia myös vuodeosastolla. Tällä menettelyllä sain vuodeosaston näkökulman heräämöhoitotyön kehittämiseen.

Kehittämisosiossissa käytin osallistavia menetelmiä, jotka lisäsivät osallistujien ymmärrystä omasta työstä ja toisten työstä. Osallisuus käsitteenä on laaja ja vaikeasti määriteltävä. Se on kokonaisuus, jossa keskeistä on osallistujien välinen luottamus, sitoutuminen ja kuulluksi tuleminen. Se on tunne tai kokemus kuulumisesta yhteisöön ja keskeistä on yksikön mahdollisuus osallistua päätöksentekoprosessiin. Olennaista on yksilön sitoutuminen, omaehtoinen toiminta ja vaikuttaminen asioiden kulkuun sekä vastuun ottaminen seurauksista. Osallisuus ja osallisuuden kokemukset ovat aina kytköksissä osallistujan ihmiskäsitykseen ja henkilökohtaiseen elämismailmaan. (Rouvinen-Wilenius 2014, 51; Särkelä-Kukko 2014, 34–36.)

Yhteistyön lisääntyminen yksiköiden välillä ja ymmärrys oman työn liittymisestä seuraavan yksikön työskentelyyn oli yksi henkilökohtainen tavoitteeni tässä kehittämistyössä. Heräämöhoidotyön kehittäminen vaatii yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä (Heikkinen 2009, 16–19). Tutkimuksellisella kehittämisosiossilla pyritään kehittämään yhteistoiminnan sisältöä ja luomaan yhteinen näkemys toiminnan luonteesta (Kuusela 2005, 61–62).

## **7.2 HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitukset kehittämisen lähtökohtana**

Kehittämisen edellytyksenä on nykytilan ja kehittämisen tarpeen tunnistaminen, josta yhteisen osaamisen vahvistaminen lähtee liikkeelle (Tuomi & Sumkin 2012, 27–58). Kartoitin kehittämisen tarvetta ja lähtötilannetta heräämötointaa koskevien HaiPro® -potilasturvallisuusilmoitusten analysoinnilla.

HaiPro® -potilasturvallisuusilmoituksia oli käsitelty tässä yksikössä yksittäisinä, eikä niistä ollut tehty analyysia tai yhteenvetoa aikaisemmin. Kuitenkin kehittämisen tarve oli noussut näistä ilmoituksista. Päädyin analysoimaan kaikki heräämöh-

hoitotyötä koskevat HaiPro® -ilmoitukset selvittääkseni perustelut ja tarpeen kehittämiseksi. Ilmoituksista sain lisäarvoa myös vuodeosastojen mielipiteelle heräämöhoidotyön lähtötilanteesta, koska suurin osa ilmoituksista oli tehty vuodeosastolta.

Aineisto koostui heräämötoimintaa koskevista HaiPro®-potilasturvallisuusilmoituksista vuosilta 2012–2014 (tammi–toukokuu), joita oli 15. Niistä kolme oli tehty vuonna 2012, seitsemän vuonna 2013 ja viisi tammi–toukokuussa 2014. Ilmoituksista 13 oli tehty vuodeosastojen ja kaksi keskusleikkausosaston hoitajien toimesta. Lähes kaikissa (n=14) ilmoittajana oli hoitohenkilökunta. Yhden ilmoituksen oli tehnyt lääkäri.

Ilmoitukset sisälsivät tapahtuman kuvauksen, jossa oli kerrontamuodossa olevaa tekstiä tilanteista, joissa ilmoituksen tekijä oli kokenut potilasturvallisuuden vaarantuneen. Monissa ilmoituksissa kuvaus oli hyvin tarkka. Seitsemässä ilmoituksessa kuvaus koski yhtä potilasturvallisuutta vaarantanutta asiaa, kuudessa ilmoituksessa oli maininta kahdesta asiasta ja kahdessa oli maininta kolmesta eri potilasturvallisuutta vaarantavasta tekijästä samassa tilanteessa. Ilmoituksista ilmeni tapahtuma-aika, mutta ei potilaan tai hoitoon osallistuneiden henkilöllisyyttä.

Halusin HaiPro® -ilmoituksien sisällöstä muodostuvan analyysin myötä yhteenvedon, josta ilmenee keskeiset potilasturvallisuuden ongelmakohdat. Luin aineiston lävitse muutamaan kertaan. Erittelin ilmoitukset osiin niin, että yhdessä osassa oli vain yksi potilasturvallisuutta koskeva ilmaisu. Tämän erittelyn tein konkreettisesti leikkaamalla saksilla kopiot ilmoituksista pienempiin osiin niiden sisällön perusteella. Useat ilmoitukset sisälsivät paljon informaatiota potilasturvallisuudesta ja saman ilmoituksen sisältöä erittelin useaan eri ryhmään. Ryhmittelin samoja sisältöjä kuvaavat ilmaisut omiksi luokikseen, joita muodostui neljä. Luokissa oli potilasturvallisuutta vaarantaneita ilmaisuja neljästä seitsemään kussakin. Nimesin kokonaisuudet niin, että nimittäjä kuvasi luokankokonaisuuden sisältöä mielestäni hyvin. Esimerkin tämän aineiston analyysistä esitän liitteessä (LIITE 2).

Laadullisen aineiston käsittely sisältää useita vaiheita, jotka sisältävät analyysia eli erittelyä ja synteisiä eli yhdistelyä. Analyysivaiheessa eritellään, ja luokitellaan aineistoa. Synteesivaiheessa pyritään luomaan kokonaiskuva, kiteyttämään ai-

neisto. Luokitteluvaihe on olennainen osa analyysiä. Siinä aineiston eri osia verrataan toisiinsa ja tyypitellään sisällön perusteella suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Luokkien muodostamisen kriteerit voivat olla sidoksissa tutkimustehtävään, menetelmään, aikaisempiin tutkimustuloksiin, teoreettisiin malleihin, aineistoon itseensä tai tutkijan intuitioon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimus on vahvasti tulkinnallista ja tutkija tekee päätelmiä aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143–151.)

### **7.3 SWOT -analyysi heräämöhoitotyön lähtötilanteesta ja tulevaisuuden näkymistä**

Swot -analyysillä selvitin työyhteisön nykytilaa ja tulevaisuudennäkymiä kehittämisprosessin alussa. Nelikenttään kirjataan vahvuudet (strenghts), heikkoudet (weakness), mahdollisuudet (opportunities) ja uhat (threats), joista myös lyhenne swot tulee. Vahvuudet ja heikkoudet ovat organisaation sisäisiä tekijöitä, jotka ajatellaan nykytilan kautta, kun taas mahdollisuudet ja uhat kuvaavat tulevaisuutta. Swot on suositeltavaa toteuttaa kehittämisen alkuvaiheessa, kuten se tässä kehittämistyössä tehtiin. Tulosten avulla voidaan ohjata prosessia ja tunnistaa työpajalla tapahtuvaa oppimista sekä hyviä käytäntöjä. (Heikkinen 2013; Itella, 17 [Viitattu 13.2.2014]; Opetushallitus [Viitattu 21.4.2014].) Toteutin swotin lähettämällä kehittämistyöryhmän yhdeksälle jäsenelle sähköpostitse swot -pohjat ja saatekirjeen, jossa oli ohjeet kirjata nelikenttään heräämöhoitotyön nykyiset vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. Pyysin palauttamaan vastaukset minulle joko sähköisesti tai sisäisessä postissa.

Saamani aineisto kostui kuudesta nelikenttään tehdystä swot -analyysistä heräämöhoitotyöstä. Vastaukset olivat nelikenttään kirjattuja asialuetteloita ja lyhyitä lauseita luettelomuodossa. Kirjattujen asioiden lukumäärä vaihteli paljon. Osassa oli yksi lause jokaisessa lokerossa ja osassa oli yli kymmenen asiaa jokaisessa nelikentän lokerossa. Pääsääntöisesti asioita oli kirjattuna kaikkiin nelikentän lokeroihin yli viisi. Sain tällä menetelmällä enemmän, kuin osasin ajatella etukäteen. Se teki minulle tämän aineiston analysoinnista haasteellista.

Swot -analyysin pohjalta tehdään päätelmiä, miten vahvuuksia hyödynnetään, miten heikkouksia muutetaan mahdollisuuksiksi, miten tulevaisuuden mahdollisuuks-

sia hyödynnetään ja miten tulevaisuuden uhat pystytään välttämään. (Heikkinen 2013; Itella, 17 [Viitattu 13.2.2014]; Opetushallitus [Viitattu 21.4.2014].)

Se, mitä ollaan tutkimassa määrittää aina myös analysointimenetelmän. Sopiva analyysimenetelmä löytyy usein vain kokeilemalla. (Heikkilä 2004, 183.) Taanilan (2007) mukaan laadullisen aineiston analysointiin sisältyy kolme päävaihetta. Aineisto täytyy valikoida, jolloin siitä karsitaan ylimääräinen pois. Sen jälkeen se esitetään eri tavoin järjestettynä tietona ja lopulta siitä tehdään tulkintaa ja päätelmiä.

Halusin swotilla löytää keskeiset heikkoudet, vahvuudet, mahdollisuudet ja uhat, joten päädyin valikoimaan aineistoa ilmaisujen toistuvuuden kautta. Esitän esimerkiksi heräämöhoitotyön vahvuuksien analysoinnin vaiheista liitteenä olevassa taulukossa (LIITE 3). Analysoin samalla tavalla kaikki nelikentän osiot. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa luin vastaukset läpi ja kokosin kaikki vastaukset yhteen isoon nelikenttäpohjaan. Kirjoitin vastaajien ilmaisut kenttiin samoin, kuin ne olivat alkuperäisissä vastauspapereissa. Nopeasti huomasin, että vastauksissa oli samaa tarkoittavia ilmaisuja, jotka alkoivat kertaantua. Kun ilmaisut kertaantuivat, vedin ”tukkimiehen kirjanpidolla” viivan ilmaisun perään. Tällä tavoin pystyin havaitsemaan ilmaisut, jotka toistuivat vastauksissa. Päädyin tekemään toisen (vaihe 2) nelikentän niistä ilmaisuista, jotka kertaantuivat vähintään kolmeen kertaan. Muodostin niistä selkokielisiä ilmaisuja.

#### **7.4 Leikkauspotilaan siirtokriteerien arviointi ja muokkaus**

Leikkauspotilaan siirtokriteerit arvioitiin ja muokattiin kahdessa vaiheessa (Kuvio 2). Ensimmäisessä vaiheessa kehittämistyöryhmä arvioi siirtokriteerit liikennevalo-harjoituksella ja muokkasi hoitotyön näkökulmasta ennakointidialogikeskustelussa. Siirtokriteerien muokkauksen toisessa vaiheessa haastattelin anestesialääkäreitä soveltaen teemahaastattelun menetelmää lääketieteellisen näkökulman saamiseksi.





Kuvio 2. Näkökulmat ja menetelmät siirtokriteerien muokkauksessa

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössä työelämän kehittämisen näkökulma korostuu ja työhön sisältyy selkeitä työelämää kehittäviä ja tutkivia elementtejä. Olennaista on kuitenkin opinnäytetöiden ja niissä saatujen tulosten hyödynnettävyys työelämässä. Osa lähestymistavoista voi olla selkeästi akateemisia ja osa kehittämistä korostavia. (Rantanen 2008.) Leikkauspotilaan siirtokriteerien muokkauksessa korostuivat kehittämisen elementit. Olennaista ei ollut niinkään tiedon tuottaminen, vaan tutkitun tiedon muokkaaminen ja soveltaminen kyseiseen yksikköön ja toiminnan kehittäminen sitä kautta.

#### 7.4.1 Hoitotyön näkökulma

Lähtötilanteen kartoituksen jälkeen kokoonnuimme kehittämistyöryhmän kanssa yhteisen tapaamisen tarkoituksena arvioida ja muokata leikkauspotilaan siirtokriteerit (Lukkarinen ym. 2012). Kehittämistyöryhmän yhdeksästä jäsenestä neljä osallistui tähän tapaamiseen. Kokoonnuimme leikkausosaston kokoustilassa, jossa pystyimme kaikki istumaan saman pöydän äärellä. Ilmapiiri tapaamisessa oli avoin ja keskustelevala. Yhteistä aikaa tapaamiseen oli varattu puolitoista tuntia.

Tapaamisen aluksi esittelin lyhyesti Power Point® -esityksellä yhteenvedon heuräämötöimintaa koskevista HaiPro® -ilmoituksista ja swot -analyysistä nousseet

keskeiset tulokset. Kerroin lyhyesti, että tämän tapaamisen tarkoitus on arvioida ja muokata leikkauspotilaan siirtokriteerit oman yksikkömme toimintaan soveltuviksi. Annoin osallistujille tulostetut siirtokriteerit ja jaoin ryhmän kahtia työhistorian mukaan työpareiksi. Toinen pari edusti vuodeosastohoidon näkemystä ja toinen pari heräämöhoidon näkemystä (Kuvio 3).



Kuvio 3. Hoitotyön näkökulmat siirtokriteerien muokkauksessa

Valitsin liikennevaloharjoituksenmenetelmäksi siirtokriteerien arviointiin ja muokkaukseen, koska se oli mielestäni selkeä tapa työstää valmista tekstiä rajallisessa ajassa. Tapa sai osallistujat pohtimaan kriteereitä oman työnsä kannalta ja reflektimaan nykyisiä työskentelytapoja. Liikennevaloharjoituksessa työparit arvioivat siirtokriteerit refleктоimalla niitä hoitotyön näkökulmasta. Reflektointi on käytänteiden ja ajattelutapojen tarkastelua uudessa valossa. Näin voidaan omaksua tuore tapa ajatella, keskustella ja kehittää toimintaa. (Heikkinen 2009, 28–29, 34–37.) Näkökulmana tässä arvioinnissa oli potilaan turvallisen hoidon varmistaminen heräämöhoidotyössä. Työparit refleктоivat siirtokriteereitä nykyisiin toimintatapoihin peilaten ja merkiten värein mielipiteensä kriteerien soveltuvuudesta potilaan turvalliseen hoitoon ja totuttuihin toimintatapoihin.

Liikennevaloharjoituksessa vihreällä värillä merkitään sellaisenaan soveltuvat osiot. Keltaisella värillä merkittään epäselvät tai tarkennusta vaativat kohdat. Punaisella värillä merkittään epäilystä tai vastustusta osoittavat kohdat. (Pieviläinen, Pyykkönen & Saukkonen 2014, 15; Summa & Tuominen 2009, 30.) Tämän jälkeen osallistujat työstivät keltaisella ja punaisella merkityt kohdat. He tekivät ehdotuksia muutoksista ja perustelivat mielestään soveltumattomat osiot.

Siirtokriteerien työstämistä jatkettiin tässä tapaamisessa soveltaen ennakointidialogimenetelmää. Tällä dialogisella keskustelulla pyritään selkeyttämään eri tahojen yhteistoimintaa ja avartamaan toimintamahdollisuuksia. Ennakointidialogeista on hyötyä silloin, kun omaan ja toisten tekemisiin ollaan tyytymättömiä, tai kun

tarvittaisiin voimavarojen yhdistämistä. Menetelmänä se edistää eri osapuolten hyvää vuoropuhelua ja toiminnan koordinoitua. Vuoropuhelurakenteella turvataan kaikkien mahdollisuus puhua, tulla kuulluksi ja kuunnella. Vuoropuhelun vetäjä esittää tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa. Lopuksi keskustelu kootaan yhteen, tehdään sopimuksia siitä, kuka tekee mitä ja kenen kanssa. Näiden sopimusten pohjalta kirjataan yhteinen toimintasuunnitelma tai sopimukset. (Jokimaa-Frusti & Koponen 2013, 11–12; Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 68.)

Lähtötilanteen kartoituksesta selvisi, että heräämön henkilökunta ja vuodeosastojen henkilökunta tuntevat huonosti toinen toisensa työtä ja työskentelytavat olivat erilaisia heräämössä kuin vuodeosastoilla. Valitsin ennakoitdialogimenetelmän siirtokriteerien jatkotyöstämiseen, koska halusin niin heräämön kuin vuodeosastonkin näkökulman esille tulemisen. Ennakointilogikeskustelu toi hyvin esiin heräämön ja vuodeosaston eroja hoitokäytänteissä. Molempien osapuolten toinen toisensa työn tuntemus lisääntyi tämän keskustelun myötä. Ilmapiiri oli keskustele- va ja kaikki osallistujat käyttivät puheenvuoroja sekä toivat ilmi näkökulmansa perusteluineen. Kuten tähän menetelmään kuuluu, keskustelun lopuksi tehtiin yhteiset sopimukset, jotka tässä tapauksessa olivat muokatut siirtokriteerit tapaamisessa sovitussa sanamuodossa.

Ennakointilogikeskustelussa toimin vuoropuhelun vetäjänä ja sihteerinä. Yritin olla puolueeton keskustelua vetäessäni. Lähinnä jaoin puheenvuoroja ja esitin tarkentavia kysymyksiä, mutta en tuonut omaa mielipidettäni esille. Tässä vaiheessa käsitelimme kaikki liikennevaloharjoituksessa punaisella ja keltaisella merkityt kohdat siirtokriteereistä. Ennakointilogikeskustelun avulla pyrimme löytämään kaikkia osapuolia tyydyttävän ratkaisun epäselviin kriteereihin. Lisäksi mietimme voisimmeko siirtokriteereillä vastata lähtötilanteen kartoituksessa ilmenneisiin potilasturvallisuusongelmiin. Riittävätkö olemassa olevat kriteerit, vai onko tarpeen luoda niitä lisää? Tapaamisen päätteeksi mietimme potilasryhmiä, jotka tulevaisuudessa tarvitsevat oman hoitoprotokollan heräämöönsä. Hoitoprotokolla määrittelee tarkemmat hoito-ohjeet ja siirron kriteerit potilaille, joilla toimenpiteeseen liittyen on erityistä seurattavaa ja siirrossa vuodeosastolle huomioitavaa.

Tässä kehittämistyöryhmän tapaamisessa syntynyt aineisto koostui kahdesta osasta. Toinen osa koostui kahdesta tulostetusta Hotuksen siirtokriteerilistasta

(LIITE 1), jossa kriteerit oli esitetty taulukkomuodossa. Tapaamiseen osallistuneet kehittämistyöryhmän jäsenet olivat tehneet niihin eri värein (vihreä, keltainen, punainen) merkintöjä arvioidessaan kriteerien soveltuvuutta Seinäjoen keskusleikkausosaston heräämön toimintaan. Näistä listoista toinen edusti vuodeosaston henkilökunnan näkemystä ja toinen heräämön henkilökunnan näkemystä. Listoissa oli kirjoitettuina ehdotuksia siirtokriteerien muokkauksesta ja sanamuodosta niiltä osin, mitkä kriteerit eivät osallistujien mielestä soveltuneet toimintaan sellaisenaan. Kirjoitettu teksti oli osin yksittäisiä sanoja ja osin kokonaisia virkkeitä.

Toinen osa aineistosta oli tekemäni muistiinpanot ennakointidialogikeskustelusta. Tein muistiinpanot teemoittain kustakin kriteeristä ja sen herättämästä keskustelusta sekä siitä, millaiseksi kukin kriteeri lopulta sanamuodollisesti kirjattiin yhteisen keskustelun tuloksena. Lisäksi olin tapaamisessa kirjoittanut lääkityksen tarkastamiselle oman kriteerinsä syntyneen keskustelun pohjalta, mikä vastaisi lähtötilanteen kartoituksessa ilmenneeseen lääkehoidon ongelmaan. Määrällisesti näitä tekemiäni muistiinpanoja oli kolme A4 kokoista paperia, joissa yhdessä oli tulostettuna Hotuksen alkuperäiset siirtokriteerit luettelomuodossa. Laatimani muistiinpanot olivat osin yksittäisiä sanoja viitattuna sitä koskevaan kriteeriin tai sen osaan. Suurin osa muistiinpanoista oli lauseista koostuvaa tekstiä. Tähän tekstiin olin pyrkinyt kirjaamaan tilanteessa syntynyttä keskustelua ja sopimuksen siitä millaiseksi kriteeri sovittiin muutettavaksi. Myös lääkityksen kriteerin olin kirjannut keskustelun pohjalta jo tapaamisessa valmiiksi.

Ennakointidialogikeskustelu -menetelmän luonteeseen kuuluu, että keskustelun päätteeksi keskustelu kootaan yhteen, tehdään yhteisiä sopimuksia keskustelun pohjalta ja kirjataan toimintasuunnitelma tai yhteisesti sovitut asiat ylös (Jokimaa-Frusti & Koponen 2013, 11–12; Järvensivu ym. 2010, 68). Tämä menetelmä tuotti aineiston ja tulokset ennakointidialogikeskustelun päätteeksi. Muokatut siirtokriteerit olivat yhdessä keskustelun päätteeksi tehdyt sopimukset eli tulokset tästä aineistosta. Muistiinpanot keskustelusta ja sen sisällöstä antavat lisäarvoa muokatuille siirtokriteereille. Kokosin siirtokriteerit taulukkomuotoon (LIITE 4) ja puhtaaksikirjoitin syntyneen keskustelun muistiinpanojen perusteella.

### 7.4.2 Lääketieteen näkökulma

Kehittämistyöryhmään kuulunut anestesia­lääkäri ei osallistunut tapaamiseen, jossa siirtokriteereitä arvioitiin ja muokattiin. Haastattelin häntä erillisessä tapaamisessa saadakseni liitettyä hänen lääketieteellisen näkökulmansa siirtokriteereihin (Kuvio 2). Haastattelutilanteessa keskustelimme siitä, onko muokattu kriteeri he­räämötoimintaan soveltuva anestesia­lääkärin lääketieteellisestä näkökulmasta. Sovelsin haastattelussa teemahaastattelun menetelmää käyttämällä teemoina hoi­totyön näkökulmasta muokattuja siirtokriteereitä.

Teemahaastattelu on keskustelun muoto, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Se ei ole tavallista arkikeskustelua. On erittäin tärkeää, että haastattelun rakenne py­sy haastattelijan hallinnassa. Teemahaastattelun etu on siinä, että kerättävä ai­neisto rakentuu aidosti haastateltavan henkilön kokemuksista käsin. Mutta silti tut­kijan etukäteen valitse­mat teemat sitovat aineiston käsillä olevaan tutkimusongel­maan. (Tilastokeskus [Viitattu 13.3.2015].)

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 41–48) mukaan haastattelu on tiedonkeruutapa, jossa henkilöltä kysytään hänen omaa mielipidettään tutkimuksen kohteesta ja vastaus saadaan puhutussa muodossa. Haastattelu on ennalta suunniteltua pää­määrähakuista toimintaa, joka tähtää informaation keräämiseen. Teemahaastatte­lu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Tässä haastat­telun muodossa yksittäiset kysymykset eivät ole tärkeimpiä, vaan oleellisinta on se, että haastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaisesti.

Haastattelin anestesia­lääkäriä ja tein haastattelutilanteesta muistiinpanot teemoit­tain, joista tämä aineisto koostui. Teemoina olivat hoitotyön näkökulmasta muoka­nut siirtokriteerit. Muistiinpanot koostuivat yhdestä A4 kokoisesta tulostetusta siirto­kriteerilistasta, johon olin tehnyt merkintöjä haastattelun aikana. Muistiinpanoista oli alleviivauksia jo muokattuihin siirtokriteereihin ja alleviivaukseen liitettyä lau­semuodossa olevaa tekstiä. Näitä kriteerejä oli kuusi, joihin olin kirjoittanut muis­tiinpanoja haastattelun aikana. Muissa oli ”Ok” -merkintä, mikä tarkoitti, että kriteeri ei vaatinut lisämuokkausta lääketieteellisestä näkökulmasta.

Koska haastattelin vain yhtä anestesia lääkäriä, en nähnyt tarpeelliseksi lähteä analysoimalla tekemään päätelmiä hänen vastauksistaan. Vastaukset sinällään ovat tämän työn kannalta merkityksellisiä sellaisenaan ja haastattelutilanteesta tekemieni muistiinpanojen pohjalta lisäsin suoraan anestesia lääkärin lääketieteellisen näkökulman siirtokriteereihin. Kirjoitin käymämme keskustelun sisällöt teemoittain muistiinpanojen pohjalta puhtaaksi välittömästi haastattelutilanteen jälkeen. Siirtokriteerien muokkauksen tulokset hoitotyön ja lääketieteen näkökulmasta esitän luvussa 8.3. Kuvaan myös, millaista keskustelua haastattelutilanteessa syntyi. Muokatut siirtokriteerit taulukkomuodossa esitän liitteessä (LIITE 4).

Heräämön vastuuanestesia lääkärin toivomuksesta lähetin muokatut siirtokriteerit kommentoitavaksi kaikille yksikkömme anestesia lääkäreille sähköpostitse, mutta en saanut yhtään vastausta kahden viikon aikana. Käytäväkeskustelujen perusteella muokatut siirtokriteerit olivat muidenkin anestesia lääkäreiden mielestä toimintaan soveltuvat. Eriäviä mielipiteitä ei tuotu ilmi.

## **7.5 Mind Mapit henkilökunnan koulutuksen suunnittelussa**

Siirtokriteerien muokkaamisen jälkeen jätin ne hyväksyttäväksi yksikön johtoryhmään. Seuraava vaihe kehittämisen prosessissa oli kriteerien vienti osaksi käytännön työtä. Halusin kouluttaa leikkauspotilaan siirtokriteereistä leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökuntaa ja vuodeosastojen henkilökuntaa. Toivoin koulutuksien herättävän avointa ja hedelmällistä keskustelua molempien yksiköiden henkilökunnan keskuudessa sekä luovan siltoja tulevaisuuden yhteistyöhön yksiköiden välillä. Teemat koulutukselle syntyivät Mind Map -tekniikkaa hyödyntämällä kehittämistyöryhmän tapaamisessa.

Mind Map eli miellekartta on kaavio, jonka avulla esitetään kartan keskelle sijoitettuun ideaan liittyviä ja sen ympärille järjestettyjä asioita. Se on joustavampi ja käsitekarttaa vapaampi väline laatia suunnitelmia. Perusero on se, että miellekartassa on vain yksi käsite tai asia keskiössä, kun taas käsitekartassa on useampia käsitteitä. Miellekarttoja käytetään ideoiden kehittämiseen, havainnollistamiseen ja jäsentämiseen sekä opiskelun, organisoinnin, ongelmanratkaisun, päätöksenteon ja kirjoittamisen apuna. Menetelmänä miellekartat kannustavat ideoimaan suunnitte-

lu- ja organisointitehtäviä esittämällä ideat moniulotteisesti, graafisesti ja epälineaaraisesti. Vaikka miellekartan haarat kuvaavat hierarkkisia puurakenteita, niiden säteittäin etenevä järjestys hajottaa käsitteiden keskinäisen tärkeysjärjestyksen. Ideointi lähtökohtana rohkaisee käyttäjiä luettelemaan ja yhdistämään käsitteitä pyrkimättä tiettyyn käsitejärjestelmään. (Opetushallitus [Viitattu 6.10.2014]; Seitamaa-Hakkarainen [Viitattu 13.3.2015]; Åhlberg 2007, 60–64.)

Kokoonnuimme kehittämistyöryhmän kanssa yhteiseen tapaamiseen. Tapaamisen alussa esittelin lyhyellä Power Point® -esityksellä, missä vaiheessa tätä kehittämistyötä ollaan menossa. Ohjeistin osallistujia muutamalla dialla Mind Mapin laadinnasta ja annoin aiheet, mistä halusin kehittämistyöryhmän laativan miellekartat. Osallistujia oli vain kolme tässä tapaamisessa, joten toimin itse kirjurina ja havainnoin samalla ryhmän toimintaa. Keskustelu oli runsasta ja osittain rönstyilevääkin. Osallistujat koostivat isolle kartongille vuodeosastojen koulutusta ajatellen Mind Mapin kysymykseen; *”Mitä haluamme vuodeosastojen henkilökunnan ymmärtävän heräämöhoidotyöstä ja millaista yhteistyötä toivomme?”* Toisena käsitekarttana osallistujat laativat Mind Mapin kysymykseen: *”Mikä estää tai vaikeuttaa siirtokriteerien käyttöönottoa heräämössä?”* Keskustelussa tuli ilmi, mitä näille ongelmalle olisi tehtävissä tai miksi asiat täytyy perustella hyvin henkilökuntaa koulutettaessa.

Tapaamisessa heräsi keskustelua siitä, miten kriteerien käyttö on tarkoitus kirjata anestesiatietojärjestelmään? Sain tapaamiseen anestesiatietojärjestelmäprojektin edustajan kertomaan ja näyttämään kirjaamista heräämön osalta. Kirjauspohjat on tarkoitus muokata siirtokriteerien mukaisiksi, jolloin yhdenmukaistaa kirjaamista ja osaltaan ohjaa anestesiahoitajaa arvioimaan potilaan tilaa kriteerien mukaisesti. Tietojärjestelmä tekee koosteen perioperatiivisesta hoidosta hoitotyön lehdelle, jolloin vuodeosaston työ helpottuu.

Kehittämistyöryhmän tapaamisessa syntynyt aineisto koostui kahdesta erillisestä Mind Mapista. Ne olivat A3 -kokoisia kartonkeja, joihin oli koottu ympyröiden sisään käsitteitä tai lauseita, jotka liittyivät keskellä olevaan kysymykseen joko suoraan tai alakäsitteiden kautta. Käsitteet oli yhdistetty viivoilla keskiössä olevaan kysymykseen ja osa käsitteistä ja alakäsitteistä oli lisäksi yhdistetty toisiinsa.

Miellekarttoista voidaan eritellä erillisiä osakarttoja, ajatusketjuja. Olennaista on, että ylinnä oleva käsite on hierarkkisesti pääkäsite ja sen alla olevat käsitteet täydentävät sitä. (Åhlberg 2007, 67.) Analysoin molemmat Mind Mapit erillisinä aineistoinaan, koska sisällöltään ne toimivat eri yksiköiden henkilökunnan koulutuksen keskeisinä teemoina. Toisen Mind Mapin teemoja hyödynsin leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksessa ja toisen Mind Mapin teemoja vuodeosastojen henkilökunnan koulutuksessa. Aineiston analyysin tein molemmille aineistoille samalla tavalla. Esimerkin tästä analysoinnista esitän liitteenä (LIITE 5). Noudatin teoreettisesti samaa laadullisen aineiston analyysin periaatetta, jonka esitän luvussa 7.2, vaikka aineisto olikin erityyppinen. Analysoin saamaani aineistoa ajatusketjujen kautta. Ensimmäisessä vaiheessa erittelin Mind Map -miellekarttaan kirjaamani asiat paperille ajatusketjuiksi. Ketjut etenivät yläkäsitteestä alakäsitteisiin. Toisessa vaiheessa ryhmittelin kokoamani käsitekarttaketjut asiakokonaisuuksin sisällön perusteella. Kolmannessa vaiheessa annoin teemalle kokonaisuutta kuvaavan nimen.

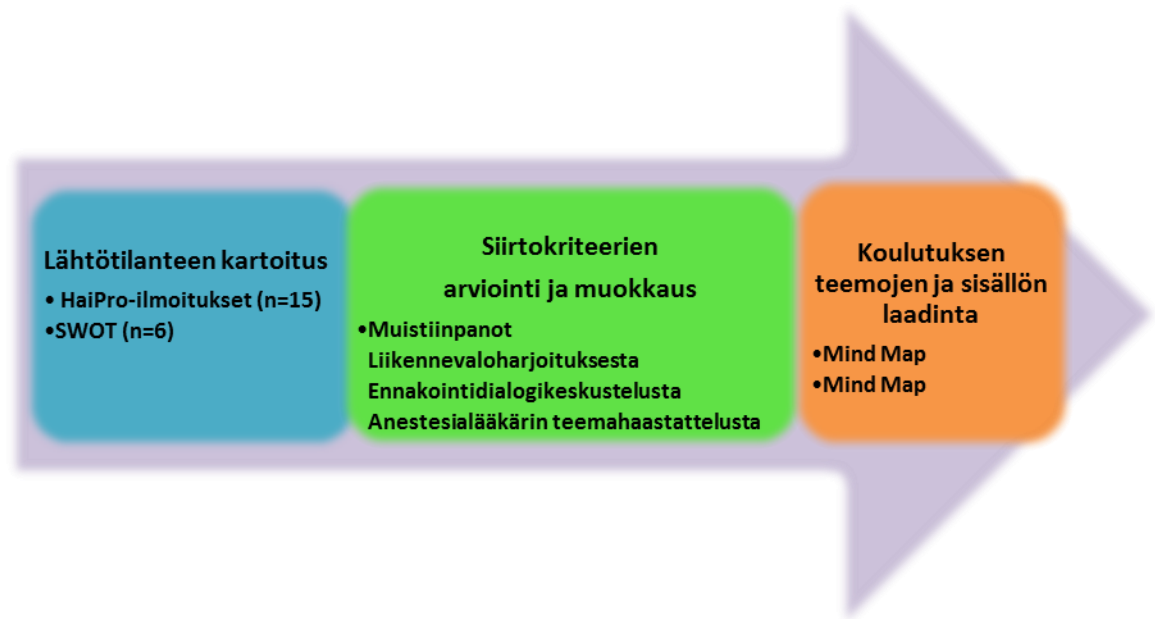
## **7.6 Henkilökunnan koulutuksen toteutus**

Kirurgisten vuodeosastojen henkilökunnan koulutuksen toteutin tammi-maaliskuussa 2015 pitämällä osastotunnin kullakin viidellä kirurgisella vuodeosastolla. Osastotunneille osallistui 5–10 henkilöä riippuen osastosta. Koulutuksen pää tarkoitus oli heräämötöiminnan ja siellä tehtävän hoitotyön sisällöistä kertominen sekä yhteistyön lisääminen yksiköiden välillä. Teemat koulutuksen sisällölle muodostuivat kehittämistyöryhmän tapaamisessa laaditusta Mind Mapista. Leikkaus- ja anestesiayksikön koulutuksen toteutin kahdessa osassa. Ensimmäisessä koulutuksessa kerroin opinnäytetyön sisällöstä lähtötilanteen kartoituksen osalta ja TUKE -hankkeen alkamisesta. Tämän koulutuksen osallistujat koostuivat anestesiahoidajista ja leikkaushoitajista. Osallistujia oli noin 40. Toinen koulutus pohjautui leikkauspotilaan siirtokriteereihin osana anestesiahoitajan ammatillista osaamista. Tässä koulutuksessa osallistujina oli vain anestesiahoitajia. Osallistujamäärä oli noin 25. Teemat koulutuksen sisällölle muodostuivat kehittämistyöryhmän tapaamisessa laaditusta Mind Mapista. Yksikön hoitotyön johto osallistui molempiin koulutuksiin leikkaus- ja anestesiayksikössä.



## 8 TULOKSET

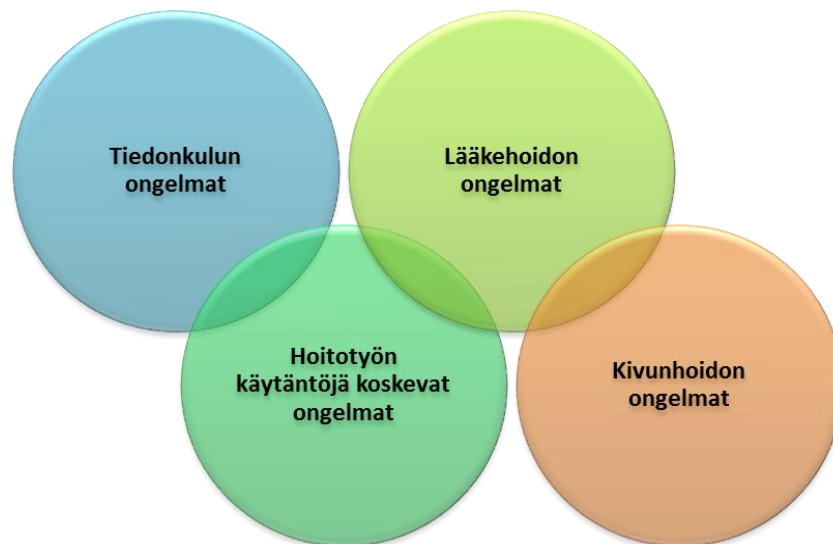
Seuraavissa alaluvuissa esitän eri aineistoista (Kuvio 4) syntyneet keskeiset tulokset. Viidennessä alaluvussa on yhteenveto tuloksista, johon liittyvä kuvio on liitteenä (LIITE 6). Kuviossa esitän eri värein, miten kunkin aineiston tulokset linkittyivät kehittämisen prosessiin ja millaisia kehittämishaasteita prosessin aikana ilmeni.



Kuvio 4. Aineistot kehittämistyön eri vaiheissa

### 8.1 Potilasturvallisuuden ongelmat heräämössä

HaiPro® -potilasturvallisuusilmoituksista sain tietoa heräämöhoidotyön potilasturvallisuuden ongelmista kehittämisprosessin alussa. Näihin ongelmiin puutuin kehittämisen prosessissa ohjaamalla kehittämisen suuntaa kohti ongelmanratkaisua. Potilasturvallisuuden ongelmat koskivat neljää hoitotyön kokonaisuutta, joita olivat **tiedonkulun, hoitokäytäntöjen, lääkehoidon ja kivunhoidon ongelmat** (Kuvio 5). Ajallisesti ongelmat liittyivät pääosin potilassiirtoihin aamulla heräämöstä vuodeosastolle. Heräämössä yön yli seurattavat potilaat ovat usein monisairaita, jolloin hoitokin on vaativampaa ja huomioitavia tekijöitä potilaan tilassa on paljon.



Kuvio 5: Potilasturvallisuuden ongelmat heräämöhoidotyössä

**Tiedonkulun ongelmat** heräämössä koskivat suullista ja kirjallista raportointia. Suullisen raportin ongelmat liittyivät tilanteisiin, joissa raportin vastaanottaja ei ollut saanut riittävää tietoa potilaan tilasta. Kirjallisen raportoinnin ongelmat koskivat puutteellista kirjaamista. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat mielestäni hyvin tiedonkulun ongelmia.

*"Raportti annettiin vähän ohimennen. Allergioista ei mainittu raportin aikana."*

*"Myös kirjaamisista huomasi, että paikalla oli ollut hoitaja, jota ei ollut perehdytetty heräämötööhön."*

*"Ei ole tietoa onko potilaan virtsa plussilla vai miinuksilla (eli jääkö virtsarakkoon huuhtelunestettä)."*

Tiedonkulku on perustekijä laadukkaassa ja turallisessa hoidossa. Terveystieteiden huoltojärjestelmä on monimutkainen ja riskialtis toimintaympäristö, jossa valtava määrä potilastietoa siirtyy yksilöiden, ammattiryhmien ja yksiköiden välillä. Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä prosessin rajapinnoissa, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Työyhteisössä tulee olla yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken. Määräykset ja hoito-ohjeet tulisi varmistaa toistamalla, kirjaamalla ne selkeästi ja varmistamalla allekirjoituksin. Suullisen raportin systemaattisuuden ja sisältöön tulee panostaa. (Helovuori ym. 2011, 72, 207.)

**Hoitotyön käytäntöjä koskevat ongelmat** koskivat potilaan siirtokelpoisuutta vuodeosastolle. Heräämön ja vuodeosaston käytänteissä ja toimintatavoissa oli eroja. Vuodeosaston henkilökunta ei tuntenut heräämön toimintakäytäntöjä, eikä heräämö vuodeosaston tapaa toimia vastaavassa tilanteessa. Ilmoituksista ilmeni, että potilaita ei ollut siirretty optimaalisessa vaiheessa vuodeosastolle, jolloin potilasturvallisuus vaarantui. Potilaiden hoitoaika heräämössä olisi pitänyt olla pidempi. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat mielestäni hyvin hoitokäytäntöihin liittyviä ongelmia.

*"Heräämössä katsottu rakko UÄ:llä ja se näyttänyt 400ml. Lähetetty potilas osastolle. Osastolla meillä ohje, että jos residuaali on yli 300ml, kertakatetroidaan. Välillä on myös heräämön kaavakkeella, että rakkoa palpoitu vatsan päältä eikä tunnu täydeltä ja lähetetty osastolle jatkohoitoon."*

*"Potilas vietti leikkauksen jälkeisen yön heräämössä, josta hänet haettiin aamulla osastolle. Osastolla huomattiin, että iv-infuusio ei tipu, kanyyli ei ole suonessa. Lisäksi virtsa oli hyvin tummaa ja koko määrä leikkaussali + heräämö oli vain 550ml."*

**Lääkehoidon ongelmat** liittyivät vuodeosaston ja heräämön erilaisiin lääkehoidon käytäntöihin. Potilaan jatkuvassa käytössä olevia lääkkeitä ei ollut heräämöhoidon aikana annettu. Heräämössä tämä on normaali käytäntö, sillä leikkauspäivän lääkityksen potilaalle määrää anestesiaalääkäri. Kuitenkaan riittävästä seurannasta ei ollut huolehdittu verensokerin seurannan suhteen, jolloin potilasturvallisuus vaarantui.

Lisäksi ongelmana olivat unohdukset potilaan lääkehoidon toteuttamisessa. Potilaalle määrätty antibioottihoito tai antikoagulanttihoito oli jäänyt toteuttamatta ajallaan heräämöhoidon aikana, jolloin potilasturvallisuus vaarantui. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat mielestäni hyvin lääkehoitoon liittyviä ongelmia.

*"Potilaan jatkuvassa lääkityksessä menossa pitkävaikutteinen insuliini. Kirjausten mukaan insuliinia ei ollut heräämössä annettu potilaalle. Aamulla osastolle siirtymisen jälkeen VS oli yli 15. Potilas oli saanut vain lyhytvaikutteista insuliinia heräämössä kertaalleen."*

*"Potilaalle määrätty Klexane 6 tuntia operaation jälkeen. Olisi pitänyt pistää klo 03, ei ole pistetty."*

Hicks´n, Beckerin ja Windlen (2007) tutkimus lääkehoidon virheistä heräämössä tukee tätä tulosta lääkehoidon ongelmista. Heidän tutkimuksensa tuloksista ilme-

nee, että lääkehoidon virheet heräämössä koskivat väärää annostelua tai antotapaa ja unohduksia lääkehoidon toteuttamisessa. Unohdukset liittyivät yleensä antibioottilääkityksen toteuttamiseen.

**Kivunhoidon ongelmat** liittyivät riittämättömään kivunhoitoon. Potilaat olivat olleet kivuliaita vuodeosastolla pian heräämöstä tultuaan. Ilmoituksista ei ilmennyt oliko potilaan kipua arvioitu ja kirjattu ennen vuodeosastolle siirtymistä. Kivunhoitoon liittyviä ongelmia heräämössä kuvaavat mielestäni hyvin seuraavat suorat lainaukset.

*”Heräämössä ei ollut saanut mitään kipulääkettä. Osastolle tullessa erittäin kivulias. Lääkitty useasti.”*

*”Potilas oli kivulias. Kipupumpun piuhaa tarkastettaessa huomattiin iso nestelämikko kipupumpun teippauksen alla selässä. Kipupumppu poistettiin ja siirryttiin antamaan Oxanestia im-muodossa anestesiakaavakkeen ohjeen mukaan.”*

Potilaan kärsimyksen lisäksi huonosti hoidettu leikkauksenjälkeinen kipu lisää potilaan sairaalassaoloaika ja siten yhteiskunnallisia kustannuksia. Se on yleinen syy potilaan hakeutumiselle uudelleen hoitoon sairaalasta kotiuduttuaan. Hyvä kivunhoito heräämössä takaa potilaan pidemmän kivuttoman olon vuodeosastolla. Mitä korkeammalla VAS -arvolla (visual analogic scale) potilas siirtyy heräämöstä vuodeosastolle, sitä nopeammin hän tarvitsee lisäkipulääkitystä siellä. Hyvä postoperatiivinen kivunhoito nopeuttaa potilaan varhaista mobilisaatiota ja siten toipumista. Kivun arviointi ja hyvä hoito heräämössä auttaa ohjaamaan ja suunnittelemaan potilaan kivunhoitoa vuodeosastolla. (Burch 2013, 4–6; Hutchison 2007, 5; Wilding, Manias & McCoy 2009, 239.)

## 8.2 Heräämöhoitotyön vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat

Swot -analyysin tulokset ohjasivat kehittämisen prosessia. Hyödynsin tuloksia kehittämisen prosessissa pohtimalla, miten voisin vahvistaa vahvuuksia, kehittää heikkouksia, hyödyntää mahdollisuuksiin ja varautua uhkiin (Rautio 2015, 14–15). Tällä menetelmällä sain selville kehittämistyöryhmän näkemyksen heräämöhoidon tilanteesta ennen kehittämistä ja heräämöhoitotyön tulevaisuuden näkymät hahmottuivat mahdollisuuksien ja uhkien kuvaamisen myötä. Kuusi kehittämistyöryh-

män jäsentä yhdeksästä vastasi. Seuraavaksi esitän tulokset swot -analyysin eri osioista.



**Heräämöhoitotyön vahvuudet** olivat asioita, joita tässä kehittämisprosessissa pyrin vahvistamaan. Kehittämistyöryhmän jäsenet näkivät heräämöhoitotyön vahvuutena henkilökunnan, jolla on vahva ammattitaito. Henkilökunta oli osin hyvin sitoutunutta heräämöhoitotyöhön ja he olivat kiinnostuneita omasta työstään sekä sen kehittämisestä. Työtehtävät heräämössä koettiin selkeiksi. Vahvuudeksi nähtiin myös hyvä perehdytys, joka on vahvan ammattitaidon rakentumisen pohja. Heräämöllä ja siellä tehtävällä hoitotyöllä oli vastausten mukaan Seinäjoen keskussairaalassa hyvä maine ja siellä tehtävää hoitotyötä arvostettiin.

Pitkä työkokemus lisää varmuutta ja uskoa omaan ammattitaitoon. Perehdyttäminen, joka rakentuu ammatillisen pätevyyden osa -alueista, niihin sisältyvistä hoitotyön toiminnoista sekä edellytetystä hallinnan tasosta on tapa siirtää vahvaa ammatillista osaamista perehdyttäjältä uudelle työntekijälle. (Tengvall 2010, 119, 130.) Myös Kurtin (2012, 128–131) tutkimuksessa kävi ilmi, että perehdytys ja siinä jaettava vahva, hiljainen, kokemuksellinen tieto on vahvan ammattitaidon perusta.



**Heräämöhoitotyön heikkoudet** olivat niitä asioita, joihin tässä kehittämisprosessissa oli pyrittävä muuttamaan kehittämisen avulla. Heräämöhoitotyön heikkoutena kehittämistyöryhmän jäsenet näkivät yhteistyön puutteen vuodeosastojen kanssa. Hoitotyön ohjeistukset heräämössä ja vuodeosastoilla olivat osin erilaisia. Lisäksi tietämys toinen toisensa työstä koettiin huonoksi.

Heräämössä henkilökunnalla oli erilaisia työskentelytapoja. Osa anestesiahoitajista siirsi potilaan eri vaiheessa vuodeosastolle kuin toinen. Siirtokriteerit eivät olleet kaikkien tiedossa heräämössä. Myös HaiPro® ilmoituksista kävi ilmi että yhteistyö heräämön ja vuodeosastojen välillä on puutteellista, ja eri yksiköiden työntekijät

tuntevat huonosti toinen toisensa työtä. Osin tämän vuoksi hoitokäytännöt ovat erilaisia, mikä vaikuttaa hoidon laatuun ja heikentää potilasturvallisuutta.

Heräämön henkilökunnan motivaation puute nähtiin myös heikkoutena. Heräämössä ei ollut vakituista henkilökuntaa, vaan heräämötyöskentely kuului anestesiahoitajien työnkiertoon. Vakinaisen henkilökunnan puute näkyi työhön sitoutumattomuutena ja haluttomuutena kehittää heräämöhoitotyötä. Kehittämiseen ja uusiin työskentelytapoihin liittyi myös muutosvastarintaa.



**Heräämöhoitotyön mahdollisuudet**, jotka ilmenivät swot - analyysissä, antoivat tulevaisuuden suunnan, vision heräämöhoitotyön kehittämiseksi. Visio kertoo mihin organisaatio pyrkii tulevaisuudessa. Päämäärän saavuttamiseksi tarvitaan suunnitelma ja siinä on kyse aina kehittämisestä tai muutoksesta tiettyyn suuntaan. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 9–10.)

Tulevaisuuden heräämöhoitotyön mahdollisuutena vastaajat näkivät uudet ajankuukaudet heräämön toimintatilat, jotka valmistuvat alkuvuodesta 2015. Oli hyvä mahdollisuus uudistaa heräämöhoitotyön toimintaa ja käytäntöjä samalla kun toiminta siirtyi uusiin, remontoituihin tiloihin. Mahdollisuutena kehittämistyöryhmä näki myös heräämöhoitotyön kehittymisen ja hoitoprotokollien laatimisen yhdessä henkilökunnan kanssa. Tällöin hoidon tavoitteet ja kriteerit olisivat kaikkien tiedossa ja koko henkilökunnan sitoutuminen hoitoprotokollien noudattamiseen olisi parempaa. Koulutus nähtiin myös mahdollisuutena uusien käytänteiden juurruttamisen perustana. Yhtenä mahdollisuutena kehittämistyöryhmä piti yhteistyön lisäämistä vuodeosastojen kanssa.



**Heräämöhoitotyön tulevaisuuden uhat** ovat asioita, jotka mahdollisesti tulevat koskettamaan heräämötoimintaa tulevaisuudessa. Kaikkia uhkia ei pystytä torjumaan, vaan ne ovat ulkoisia tekijöitä, jotka on otettava vastaan. Uhiin voi kuitenkin valmistautua ja varautua.

Tulevaisuuden uhkana vastaajat näkivät henkilökuntaresurssin optimaalisuuden. Potilasmateriaali tulee tulevaisuudessa olemaan yhä iäkkäämpää ja sairaampaa sekä vastaavasti potilaille tehtävät toimenpiteet muuttuvat yhä vaativammiksi. Tähän haasteeseen tulisi pystyä tulevaisuudessa vastaamaan resursoimalla henkilökunta oikein. Kokeneimmat hoitajat eläköityvät ja samalla poistuu paljon kokemusallista tietotaitoa.

Leikkauspotilaille tehtävät toimenpiteet ovat teknisesti yhä vaativampia ja heräämössä hoidetaan nykyään sairaampia potilaita kuin ennen. Myös muiden kuin leikkauspotilaiden määrä kasvaa heräämössä ja tekee hoitotyön sisällöistä yhä haastavampia. Heräämohenkilökuntaa ei ole kuitenkaan resursoitu vastaamaan esimerkiksi tehohoitotasaisen potilaan hoidosta heräämössä. Heräämöhoidotytöihin vaaditaan pitkä perehdytys ja nopeasti muuttuvaan potilaskuormitukseen ei ole mahdollista saada nopeasti lisäresursseja. (Saastamoinen, Piispa & Niskanen 2007, 107.)

### **8.3 Yksikön toimintaan muokatut leikkauspotilaan siirtokriteerit**

Seuraavaksi esitän tulokset leikkauspotilaan siirtokriteerien muokausprosessista kriteereittäin taulukkoina, joissa näkyy alkuperäinen ja muokattu kriteeri. Kerron sanallisesti millaista keskustelua ennakoitdialogikeskustelussa ja teemahaastattelussa syntyi ja miten alkuperäinen siirtokriteeri muokkautui tämän perusteella. Liitteenä olevassa taulukossa (LIITE 4) esitän tulokset taulukkomuodossa tästä aineistosta eli Seinäjoen keskussairaalan keskusleikkausyksikön heräämön toimintaan muokatut leikkauspotilaan siirtokriteerit. Ne hyväksyttiin käyttöön leikkaus- ja anestesiayksikön johtoryhmässä joulukuussa 2014.

#### **Verenkierron siirtokriteeri**

Hoitotyön näkökulma: Verenkierron kriteeri (Taulukko 1) herätti osallistujien keskuudessa keskustelua ainoastaan lähtötason osalta. Potilaan verenkierron lähtötason mittaaminen ja kirjaaminen ennen leikkausta on tärkeää. Potilaalla, jolla leikkausta edeltävästi on verenpaine tai syke huomattavasti normaalista poikkeava, ei voida pyrkiä alkuperäiseen kriteeriin.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesiaalääkärin näkökulmasta muokattu verenkierron siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 1. Verenkierron siirtokriteeri

<b>Verenkierto</b>	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan MAP (keskiverenpaine) on välillä 65–120.</li> <li>✓ Potilaan syke on välillä 50–100.</li> <li>✓ Potilaalla on sinusrytmi tai jokin muu krooninen rytmi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan MAP (keskiverenpaine) on 65–120, lähtötaso huomioiden.</li> <li>✓ Potilaan syke on 50–100, lähtötaso huomioiden.</li> <li>✓ Potilaalla on sinusrytmi tai jokin muu krooninen rytmi.</li> </ul>

Heräämöhoidotyössä tulee tunnistaa ne potilaat, joilla on perussairauden tai tehdyn toimenpiteen takia lisääntynyt riski sydämeen ja verisuoniin liittyviin (kardiovaskulaarisiin) ongelmiin. Hypotensio eli matala verenpaine on yksi yleisimmistä heräämöhoidon aikana esiintyvistä komplikaatioista. Syitä potilaan matalaan verenpaineeseen leikkauksen jälkeen on useita. Hypotension ja sen syyn hoito tulee aloittaa nopeasti. (Cowling & Haas 2002, 159,163; Lukkarinen ym. 2012, 7–10.) Myös sydämen rytmihäiriöt ovat hyvin tavallisia heräämössä. Jopa nuorilla perusterveillä potilailla esiintyy usein rytmihäiriöitä postoperatiivisesti. (Daley & Huff 2010, 285.)

### **Hengityksen siirtokriteeri**

Hoitotyön näkökulma: Potilaan hengityksen arvioinnista kehittämistyöryhmässä heräsi keskustelua lähtötason merkityksestä. Happisaturaatioarvo (SpO<sub>2</sub>) voi olla joillakin potilailla jo leikkaukseen tullessa matalahko perussairauksien vuoksi. Tällöin ei heräämöhoidotyössäkään voida pyrkiä lähtötasoa parempaan arvoon. Keskustelussa korostui lähtötason kirjaamisen merkitys. Kriteerin muokkaus ilmenee taulukosta (Taulukko 2). Keskustelimme myös siitä, voisiko anestesiaalääkäri määrittää tällaisille potilaille leikkauksenjälkeisen SpO<sub>2</sub> -tavoitetason. Määritelty tavoitetaso helpottaisi siirtokelpoisuuden arviointia heräämössä näillä potilailla. Postoperatiivisen hoidon kannalta heräämössä lähtötaso on merkityksellinen.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesiaalääkärin näkökulmasta hengityksen siirtokriteeri on toimintaan soveltuva. Happisaturaation lähtötason kirjaamisen merkitys korostuu ja unohduksen mahdollisuus kirjaamisen suhteen poistuu anestesiatietojärjestelmän myötä. Potilaille joilla on matala happisaturaatioarvo (< 94%) ennen anestesiaa, voidaan määritellä postoperatiivinen tavoitetaso. Anestesiaalääkäri kir-



jaa muiden määräysten lisäksi happisaturaation postoperatiivisen tavoitetason potilaan anestesiakertomukseen. Sovimme, että hän vie tiedon tästä anestesiaalääkäreille.

Taulukko 2. Hengityksen siirtokriteeri

<b>Hengitys</b>	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan hengitys on vaivatonta, happisaturaatio on happilisällä yli 95%.</li> <li>✓ Potilaan hengitystiheys on yli 8 tai alle 20 krt/min.</li> <li>✓ Potilaalla ei ole hiilidioksidikertymää (Astrup: pCO<sub>2</sub> alle 6,5 kPa, mikäli se on mitattu).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan hengitys on vaivatonta, happisaturaatio on happilisällä yli 95%, lähtötaso huomioiden (jos lähtötaso &lt;94%, määritelty post.op. tavoitetaso).</li> <li>✓ Potilaan hengitystiheys on yli 8 tai alle 20 krt/min.</li> <li>✓ Potilaalla ei ole hiilidioksidikertymää (Astrup: pCO<sub>2</sub> alle 6,5 kPa, mikäli se on mitattu).</li> </ul>

Heräämössä työskentelevän anestesiahoitajan ammattitaidon oleellinen osa on havaita muutokset potilaan hengityksessä ja osata reagoida niihin. Vähäinenkin hengityksen huononeminen voi johtaa potilaalla henkeä uhkaavaan tilaan. Useimmat hengitykseen liittyvät komplikaatiot pystytään ehkäisemään ja hoitamaan nopeasti, kun muutoksiin hengityksessä osataan reagoida ripeästi. Hengityksen arvioinnissa ja hoidossa tulee huomioida potilaan yksilöllisyys. Arviointi perustuu kliiniseen arviointiin ja mitattuihin arvoihin. Kliiniseen arviointiin perustuvat löydökset usein ennakoivat mittareissa näkyviä heikentyneitä arvoja. Hengitysongelmia voidaan ehkäistä tunnistamalla potilaisiin ja eri leikkauksiin liittyvät riskitekijät. Hengitykseen tarkkailuun liittyvät tiedot tulee aina yhdistää myös kardiovaskulaariseen tietoon, jotta saadaan parempi kokonaiskuva potilaan tilanteesta. (Day 2007, 44–48; Lukkarinen ym. 2012, 11–14; Noble 2008, 125.)

### **Tajunnan tason siirtokriteeri**

Hoitotyön näkökulma: Potilaan tajunnan tason arvioinnissa kehittämistyöryhmässä herätti keskustelua potilaiden tajunnan tason ja asiallisuuden lähtötaso. Vanhuspotilaat ja erityisesti muistisairaat ovat nyt ja tulevaisuudessa yhä enemmän terveyspalveluiden käyttäjinä. Osallistujat korostivat, että muistisairaiden potilaiden kohdalla on tärkeää kirjaamisessa ja raportoinnissa huomioida potilaan orientaatio ennen anestesiaa. Heräämössä työskentelevän anestesiahoitajan on vaikea arvioida potilaan tilaa tältä osin, ellei hän ole saanut raporttia leikkausta edeltävästä

tilanteesta. Syy potilaan äkilliselle sekavuudelle heräämöhoidon aikana on aina selvitettävä. Akuutti sekavuus ja rauhattomuus on selkeä syy jatkaa potilaan hoitoa heräämössä. Tämä lisää potilasturvallisuutta, koska heräämössä sekavaa potilasta pystytään valvomaan ja hoitamaan tehokkaammin. Kriteerin muokkaus ilmenee taulukosta (Taulukko 3).

Lääketieteellinen näkökulma: Keskustelimme potilaan orientaation lähtötason kirjaamisen merkityksestä. Anestesiaalääkärin näkökulmasta muokattu tajunnantason siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 3. Tajunnan tason siirtokriteeri

Tajunnan taso	
<i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i>	<i>Muokattu siirtokriteeri</i>
✓ Potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhutteluun.	✓ Potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhutteluun (arvioinnissa huomioidaan lähtötilanne ennen anestesiaa).

Tajunnantason seurannassa korostuu sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus. Postoperatiivinen sekavuus on jokapäiväinen ongelma heräämössä. Syy potilaan heräämöhoidon aikaiselle sekavuudelle tulee selvittää ennen vuodeosastolle siirtoa. (Lukkarinen ym. 2012, 14–16.) Heräämöaikaisen sekavuuden riskiä lisää pitkä leikkausaika, bentsodiatsepiinien käyttö esilääkkeenä ja diagnosoitu psyykkinen sairaus. Myös huono postoperatiivinen kivunhoito lisää sekavuuden riskiä. (Lepousé ym. 2006, 748–753.)

### Potilaan liiketoimintojen siirtokriteeri

Hoitotyön näkökulma: Liiketoimintojen kriteerin (Taulukko 4). kohdalla kehittämissyöryhmä keskusteli kehonhallinnan arvioinnista. Pään kannattelu todettiin olevan melko huono liiketoimintojen arviointimenetelmä, eikä sitä haluttu jättää kriteeriin. Anestesiahoitaja arvioi heräämöhoitotyössä potilaan kehonhallintaa monin eri menetelmin ja kokonaisuuden arviointi on tärkeämpää kuin yksittäinen testi. Pään kannattelu tarkistaminen voi olla tarkoituksenmukainen arviointimenetelmä joillekin potilaille, mutta se ei sovellu kaikille.

Vuodeosaston hoitotyön kannalta on hyvä, jos potilaan puudutus on täysin poistunut ja hän pystyy kävelemään. Tämä mahdollistaa mobilisaation osastolla heti heräämöstä tullessa. Heräämössä anestesiahoitaja seuraa nykyään potilaan puudu-

tuksen häviämistä, kunnes potilaan jalkojen liike on lähes palautunut eli potilas kykenee liikuttamaan jalkojaan vetämällä polvet koukkuun. Tässä vaiheessa puudutuksesta johtuvat verenpaineen ja sykkeen muutokset ovat yleensä jo ohitse, vaikka potilas ei kykenekään vielä kävelemään. Keskustelussa päädyimme pysyä nykyisessä hoitokäytännössä. Pidempi heräämöseuranta ei ole mahdollista heräämön potilaspaikkojen puitteissa. Potilaan ohjaus heräämössä ja vuodeosastolla leikkauksen jälkeisen liikkeelle lähdön ajankohdasta on tärkeää.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesia­lääkärin näkökulmasta muokattu liiketoimintojen siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 4. Liiketoimintojen siirtokriteeri

Liiketoiminnot	
<i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i>	<i>Muokattu siirtokriteeri</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan keuhonhallinta vastaa leikkausta edeltävää tilaa tai potilas kykenee kannattamaan päätään.</li> <li>✓ Puudutuksen jälkeen potilaan alaraajojen tunto ja liike ovat lähes palautuneet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan keuhonhallinta vastaa leikkau­sta edeltävää tilaa.</li> <li>✓ Puudutuksen jälkeen potilaan alaraajojen tunto ja liike ovat lähes palautuneet.</li> </ul>

Heräämöhoidon aikana seurataan puudutetun potilaan liiketoimintojen palautumista leikkau­sta edeltävälle tasolle. Lihastoimintaa arvioimalla saadaan tietoa anestesian aikana käytettyjen lääkeaineiden poistumisesta ja näin ollen myös puudutuksen poistumisesta. Jalkojen liikkumisen tarkistamisella puudutuksen jälkeen poissuljetaan myös spinaali- tai epiduraalihakematooman mahdollisuus. (Lukkarinen ym. 2012, 14–16; Niemi 2008, 53.)

### Kivun siirtokriteeri

Hoitotyön näkökulma: Kivunhoidon kriteereistä (Taulukko 5) kehittä­mistyöryhmä keskusteli melko paljon. Seinäjoen keskussaira­alassa on laadittu leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjeistus. Tämän ohjeistuksen tulisi toimia ohjenuorana kivunhoidossa niin heräämössä kuin vuodeosastollakin. Sen tulisi taata tasalaatuinen ja hyvä kivunhoito potilaille yli yksikkörajojen. Kriteerit kivunhoidon suhteen tulivat suoraan tästä ohjeistuksesta ja kirjasimme ne kivunhoidon kriteeriin. Osallistujat näkivät tärkeäksi potilaan leikkau­sta edeltävän ohjauksen ja motivoinnin. Potilaalla täytyy olla realistinen kuva kivunhoidon tavoitteesta leikkaukseen tullessaan. Osallistujat

listujat keskustelivat heräämön vastuusta potilaan kivunhoidon jatkon suhteen. Potilaan siirtyessä vuodeosastolle heräämöstä, tulee osastolle jäädä keinoja hoitaa potilaan kipua.

Lääketieteellinen näkökulma: Keskustelimme heräämön anestesia­lääkärin kanssa kivunhoidon kriteeristä. Potilaan tyytyväisyys ja subjektiivinen kokemus omasta kivunhoidon riittävydestä on tärkeää. Samoin potilaan arvioiman VAS -arvon (visual analogic scale) kirjaaminen. Vuodeosastolle täytyy jäädä keinoja hoitaa potilaan kipua. Jos epiduraali-infuusio on menossa potilaalle maksimiannoksella, ei hän ole osastokuntoinen. Potilaita joilla on epiduraalinen kivunhoito, täytyy seurata heräämössä ajallisesti niin kauan, että potilas kokee kipunsa olevan hallinnassa (VAS <4 levossa, yskiessä <6). Anestesia­lääkärin näkökulmasta muokattu kivun siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 5. Kivun siirtokriteeri

Kipu	
<i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i>	<i>Muokattu siirtokriteeri</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan mitattu kipu on korkeintaan lievää tai kipu on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan mitattu kipu on korkeintaan lievää (VAS &lt;4 levossa, yskiessä &lt;6)</li> <li>✓ Potilas on tyytyväinen kivunlievitykseen ja tietää kivunhoidon jatkuvan osastolla.</li> <li>✓ Kipu on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä / osastolle jää vielä keinoja kivunhoitoon (esim. varaa nostaa epiduraalin nopeutta).</li> <li>✓ Kipulääkitykseen liittyviä sivuvaikutuksia ei ole/ ne on huomioitu hoidossa.</li> <li>✓ Kivunhoidon määräykset, lomakkeet ja laitteet ovat kunnossa.</li> </ul>

Kipu on väistämätön seuraus leikkauksesta ja voi hoitamattomana johtaa vakaviin komplikaatioihin. Hyvä kivunhoito nopeuttaa potilaan toipumista ja lyhentää sairaalassaoloaika. Kivun arviointi ja hoito heräämössä on haasteellista. Anestesiasta toipuvien potilaiden on vaikea luokitella ja kuvata numeerisesti kipuaan heti herättyään. Haastavia potilasryhmiä kivun arvioinnissa ovat myös lapset ja vanhukset. Tieteellisiin periaatteisiin pohjautuvan kivun arvioinnin lisäksi anestesiahoitaja hyödyntää kokemuksen tuomaa tietopohjaa potilaan kivun arvioinnissa ja tulkin­nassa. (Lukkarinen ym. 2012, 25–27; Voepel–Lewis 2004, 259.)

Preoperatiivinen potilasohjaus lisää potilaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon. Potilaiden toiveet ja odotukset kivun hoidon suhteen ovat tärkeitä. Kivun hoito on tärkeää inhimillisistä, eettisistä ja taloudellisista syistä. Hoitamattomana akuutti kipu aiheuttaa merkittävää kärsimystä, hidastaa toipumista ja lisää leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä, joten hoidon tehostaminen on myös kustannusvaikuttavaa. (Hamunen & Kontinen 2014, 28; Salanterä ym. 2013, 24–25.)

Kurjen (2007, 78) tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien positiivinen asenne kivunhoitoa kohtaan heräämössä ja kivunhoitoon kannustaminen helpotti kivunlievityksen pyytämistä. Myös etukäteen annettu kirjallinen materiaali kivunhoidosta helpotti oman subjektiivisen kivun arviointia.

### **Pahoinvoinnin siirtokriteeri**

Hoitotyön ja lääketieteellinen näkökulma: Potilaan kokeman pahoinvoinnin kriteerin kehittämistyöryhmä ja anestesia lääkäri hyväksyivät käyttöön ilman muutoksia (Taulukko 6).

Taulukko 6. Pahoinvoinnin siirtokriteeri

<b>Pahoinvointi</b>	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
✓ Potilaalla on korkeintaan lievää pahoinvointia	✓ Potilaalla on korkeintaan lievää pahoinvointia.

Kovac'n (2013, 1540) tutkimuksen mukaan postoperatiivisesta pahoinvoinnista heräämössä kärsii noin 25–30 % leikkauspotilaista. Sitä voidaan ehkäistä tunnistamalla potilaisiin ja eri leikkauksiin liittyvät riskitekijät. Korkean riskin potilaista leikkauksen jälkeen jopa 70–80% voi pahoin, jos he eivät ole saaneet profylaktista pahoinvointilääkitystä.

Postoperatiivinen pahoinvointi on yleisempää naisilla ja lapsilla kuin miehillä. Se pidentää heräämöhoidon kestoa ja koko sairaalassaoloaika. Pahoinvoinnin ehkäisy intraoperatiivisesti lisää potilaan hyvän olon tunnetta heräämössä ja nopeuttaa toipumista. Pahoinvointia tulisi arvioida ja hoitoon tulisi käyttää useita lääkkeitä. (Kovac 2013, 1540; Lukkarinen ym. 2012, 23–24; Smith Collins 2011, 45.)

## Lämpötilan siirtokriteeri

Hoitotyön näkökulma: Potilaan lämpötilan kriteeri (Taulukko 7). herätti runsaasti keskustelua. Jos siirrolle on numeraalinen kriteeri, se edellyttää lämmön mittaamista ja lämpö täytyy mitata joka potilaasta. Tämä ei ole nykyinen toimintatapa. Monesti potilaat ovat alilämpöisiä heräämään tullessaan ja lämmittäminen on hyvin rutiininomainen toimintatapa. Vastaavasti osa varsinkin päivystyksellisistä leikkauspotilaista kuumeilee leikkausta edeltävästi. Potilaan tuntemusten kuunteleminen on vakioitu toimintatapa, eikä rutiininomaisella lämmön mittaamisella saavuteta mitään lisää, mikä vaikuttaa potilaan hoitoon. Kehittämistyöryhmän näkökulmasta lämpötilan kriteerin voisi jättää pois muokatuista kriteereistä.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesiaalääkärin näkökulmasta lämpötilalla on iso merkitys potilaan toipumisessa ja komplikaatioiden ehkäisyssä. Potilaan lämpötasapainoon tulee kiinnittää huomiota jo leikkauksen aikana. Leikkauksen aikana potilaan kokema lämmönhukka tulee korvata viimeistään heräämössä. Postoperatiivisesti heräämössä lämmön mittaamista oleellisempaa on kuunnella potilaan subjektiivista kokemusta omasta lämpötilastaan.

Taulukko 7. Lämpötilan siirtokriteeri

<b>Lämpötila</b>	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
✓ Potilaan ydinlämpötila on 36–38°C tai hän on lievästi alilämpöinen (35–36°C) tai yllilämpöinen (38–38,5°C), mikä on huomioitu hoidossa.	✓ Potilas kokee oman kehonlämpötilansa sopivaksi.

Potilaiden ydinlämpötila laskee leikkauksen aikana 1–3°C leikkauksesta riippuen. Jäähtymistä voidaan ehkäistä tunnistamalla potilaisiin ja eri leikkauksiin liittyvät riskitekijät. Normaalilämpöiset potilaat toipuvat nopeammin ja alilämpöisyys altistaa monille leikkauskomplikaatioille. (Lukkarinen ym. 2012, 19–22; Steward 2014, 441–444.)

Choroszczak, Alta ja O'Brien (2010, 7) tutkivat ortopedisia potilaita ja heidän toipumisistaan keskisuuresta toimenpiteestä. Tutkimuksessa todettiin, että alilämpöisillä potilailla esiintyy heräämössä enemmän pahoinvointia kuin normaalilämpöisillä potilailla. Lisäksi alilämpöiset potilaat tarvitsevat enemmän kipulääkitystä leikkauk-

sen jälkeen ja saavuttavat normaalin toimintakyvyn osastolla hitaammin kuin normaalilämpöiset potilaat.

### **Virtsanerityksen siirtokriteeri**

Hoitotyön näkökulma: Virtsanerityksen kriteeriin (Taulukko 8). kehittämistyöryhmä halusi tarkemman ohjeistuksen. Katetroitavasta virtsamäärästä heräämössä on urologin antama ohje, mitä osallistujat pitivät hyvänä. Osallistujien mielestä käsin tunnusteleminen ei ole luotettava menetelmä arvioida potilaan rakon tilavuutta. Myöskään kaikkien potilaiden virtsarakon tilavuuden mittaamista ultraäänilaitteella osallistujat eivät nähneet järkevänä. He pitivät tärkeänä arvioida spinaalipuudutetun potilaan rakon tilavuutta, mikäli potilasta on nesteytetty leikkauksen aikana runsaasti tai edellisestä virtsaamisesta on kulunut paljon aikaa.

Lääketieteellinen näkökulma: Keskustelimme potilaan diureesin tavoitetasoista. Usein anestesia lääkäri määrittelee kullekin potilaalle tavoitetason diureesille ja lisäksi antaa määräyksen, miten hoitaja voi toimia, jos tavoitetaso ei toteudu. Anestesia lääkäriin näkökulmasta muokattu virtsanerityksen siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 8. Virtsanerityksen siirtokriteeri

<b>Virtsaneritys</b>	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Katetroimattomalla potilaalla virtsarakon tilavuus on tarkastettu ultraäänilaitteella (tai käsin tunnustelemalla) ennen siirtoa, jos potilas ei ole heräämössä virtsannut.</li> <li>✓ Katetroidulla potilaalla virtsaneritys on heräämössä ollut yli 0,5–1 ml/kg/tunti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Katetroimattomalla spinaalipuudutetulla potilaalla virtsarakon tilavuus on tarkastettu ultraäänilaitteella ennen siirtoa, jos leikkauksen aikana on nesteytetty runsaasti tai edellisestä virtsaamisesta on kulunut paljon aikaa.</li> <li>✓ Potilas kertakatetroidaan heräämössä, jos virtsamäärä rakossa on &gt;500ml ultraäänilaitteella tarkastettuna, eikä potilas pysty virtsaamaan.</li> <li>✓ Katetroidulla potilaalla virtsaneritys on heräämössä ollut yli 0,5–1 ml/kg/tunti, ellei diureesin tavoitetta ole erikseen ko. potilaalle määritetty.</li> </ul>

Virtsaumpi on hyvin yleistä leikkauksen jälkeen. Sen kehittyminen liittyy moneen eri tekijään, joita ovat itse leikkaus ja sen kesto, anestesia muoto, annetut lääkkeet, annettujen infuusionesteiden määrä, ikä ja sukupuoli. Yleensä virtsaumpi on ohimenevä vaiva leikkauksen jälkeen. Baldini ym. (2009, 1139–1152) suosittavat tut-

kimuksensa mukaan, että leikkauspotilas katetroidaan leikkauksen jälkeen, jos hän ei kykene virtsaamaan ja virtsamäärä ultraäänilaitteella tarkasteltuna on virtsarakossa 600–1000ml.

Virtsaneritys arvioidaan yksilöllisesti ja tarvittaessa virtsaneritystä voidaan tehostaa lääkkeellisesti (Lukkarinen ym. 2012, 10). Riittämätön virtsaneritys on usein syy pitkittyneelle heräämöseurannalle. Mitä isompi leikkaus ja huonokuntoisempi potilas, sen todennäköisemmin heräämövaiheessa on ongelmia virtsanerityksen kanssa. (Troberg ym. 2015, 48.)

### Verenvuodon siirtokriteeri

Hoitotyön näkökulma: Verenvuodon kriteeristä (Taulukko 9) heräsi keskustelua hieman. Leikkauksen jälkeen on normaalia, jos potilaan leikkaushaava vuotaa vähän tai laskuputkesta tulee jonkin verran vuotoa. Laskuputkien liittimien tarkastuksessa oli ollut unohduksia, joten se huomioitiin kriteeriä muokattaessa.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesia­lääkärin näkökulmasta muokattu verenvuodon siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 9. Verenvuodon siirtokriteeri

Verenvuoto	
<i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i>	<i>Muokattu siirtokriteeri</i>
✓ Potilaan leikkaushaava tai laskuputki ei vuoda tai vuoto on vähäistä.	✓ Potilaan leikkaushaavan ja/ tai laskuputken vuoto on vähäistä ja laskuputkien imu toimii/liittimet auki.

Heräämöhoidon aikana pyritään edesauttamaan leikkaushaavan parantumista. Leikkaushaava tulee rauhoittaa 24 tunnin ajaksi leikkauksen jälkeen. Jos vuoto läpäisee tänä aikana haavasidoksen, sidos vaihdetaan steriilisti. Leikkaushaavan ja mahdollisten laskuputkien eritystä seurataan, vuodon määrä ja sidosten siisteys kirjataan. Jos vuoto on jatkuvaa ja/tai lisääntyvää tai herää epäily esimerkiksi vatsantalon sisäisestä vuodosta, tulee hoidosta konsultoida lääkäriä. Leikkaushaavan vuotaessa runsaasti tulee tarkistaa potilaan hemoglobiinitaso ja huomioida nestetasapaino. (Lukkarinen ym. 2012, 17–19.)



## **Lääkityksen siirtokriteeri**

Hoitotyön näkökulma: Potilaan lääkityksen tarkistamista ei ollut alkuperäisissä siirtokriteereissä. Kuitenkin HaiPro® -ilmoituksista nousi selkeäksi ongelmaksi lääkeshoidon ongelmat, mitkä usein liittyivät unohduksiin lääkeshoidon toteuttamisessa. Potilasturvallisuusilmoitusten tulosten perusteella kehittämistyöryhmä laati lääkityksen tarkistamiselle oman kriteerinsä (Taulukko 10).

Lääkeshoidon siirtokriteeri ohjaa tarkistamaan, että antibioottinen ja antitromboottinen lääkitys on toteutettu oikea-aikaisesti ja toteutus on kirjattu. Lisäksi lääkityksen jatkumisesta on kirjattu määräys. Potilaan kotilääkitys on huomioitu hoidossa ja toteutettu tarvittaessa. Diabetespotilaan verensokeritaso on huomioitu ja mahdollinen insuliinilääkitys on toteutettu.

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesia­lääkärin näkökulmasta lääkitykselle on hyvä olla oma kriteerinsä, mikä ohjaa anestesiahoitajaa tarkistamaan, että lääkeshoito on toteutettu heräämössä ja sen jatkumisen ohjeet on kirjattu. Pääsääntöisesti leikkauspäivänä ei potilaalle anneta muita, kuin anestesia­lääkärin määräämiä lääkkeitä. Myöskään heräämössä ei anneta potilaan kotilääkitystä, ellei sen antamista määrätä erikseen. Keskustelimme myös diabetespotilaan hoidosta heräämössä. Diabetespotilaan hoito toteutetaan pääasiassa aina lyhytvaikutteisella insuliinilla leikkauspäivän ajan. Näille potilaille anestesia­lääkäri määrittelee verensokerin tavoitetasot ja tarvittaessa annettavat lyhytvaikutteiset insuliinimäärät. Anestesia­lääkärin näkökulmasta laadittu lääkityksen siirtokriteeri soveltuu heräämön toimintaan.

Taulukko 10. Lääkityksen siirtokriteeri

Lääkitys	
<b><i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i></b>	<b><i>Muokattu siirtokriteeri</i></b>
✓ <i>Ei alkuperäistä siirtokriteeriä</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaalle määrätty antibioottilääkitys on toteutettu oikea-aikaisesti ja kirjattu.</li> <li>✓ Potilaalle määrätty antitromboottinen lääkitys on toteutettu oikea-aikaisesti ja kirjattu.</li> <li>✓ Antibiootin ja antitromboottisen lääkeyksen jatkumisen ohjeet on kirjattu</li> <li>✓ Potilaalle määrätty oma kotilääkitys on huomioitu/ toteutettu</li> <li>✓ Diabetespotilaan verensokeritaso ja mahdollinen insuliinilääkitys on huomioitu/ toteutettu.</li> </ul>

Hicks'n ym. (2007, 419) mukaan lääkehoidon turvallisuuteen on luotu kansallisia ohjeistuksia, mutta niiden näkökulma soveltuu yleensä huonosti kiireisen heräämön toimintaan. Kiire ja monen kriittisen potilaan samanaikainen hoito altistaa virheille ja unohduksille lääkehoidossa. Tarkistuslistat ja yhteisesti sovitut käytännöt vähentävät lääkehoidon poikkeamia kiireisessä heräämöympäristössä.

### Jatkohoito-ohjeiden siirtokriteeri

Hoitotyön näkökulma: Oikeusturvan ja hoidon jatkuvuuden kannalta vuodeosastolla on pystyttävä selvittämään, kuka potilasta on hoitanut heräämössä. Tällöin vuodeosaston hoitajan on helpompi ottaa tarvittaessa yhteyttä suoraan potilasta heräämössä hoitaneeseen anestesiahoitajaan, jos hänellä on kysyttävää potilaan hoitoon liittyen. Kriteerin muokkaus ilmenee taulukosta (Taulukko 11).

Lääketieteellinen näkökulma: Anestesia­lääkärin näkökulmasta muokattu jatkohoitohjeiden siirtokriteeri on toimintaan soveltuva.

Taulukko 11. Jatkohoito-ohjeiden siirtokriteeri

Jatkohoito-ohjeet	
<i>Alkuperäinen siirtokriteeri</i>	<i>Muokattu siirtokriteeri</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ohjeet neste- ja lääkehoidosta on kirjattu. Johtoputket, laskuputket, ym. on kirjattu.</li> <li>✓ Ohjeet asennosta ja liikkumisesta on kirjattu.</li> <li>✓ Potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu.</li> <li>✓ Potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ohjeet nestehoidosta seuraavalle vuorokaudelle on kirjattu.</li> <li>✓ Ohjeet lääkehoidosta on kirjattu.</li> <li>✓ Johtoputket, laskuputket, ym. on kirjattu.</li> <li>✓ Ohjeet asennosta ja liikkumisesta on kirjattu.</li> <li>✓ Potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu.</li> <li>✓ Potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu.</li> <li>✓ Potilaan heräämöhöitoon osallistuneiden nimet on kirjattu.</li> </ul>

Milby ym.(2014, 192–194) tutkivat perioperatiivisen hoidon potilassiirtojen laatua. Tuloksena ilmeni, että tiedonkulku siirtohetkellä oli puutteellista yksiköiden välillä. Johtopäätöksenä esitetään, että potilaan siirtovaiheessa tulee käyttää tarkistuslistaa ja siten varmistaa että kaikki seikat on huomioitu ja raportoitu. Näin voidaan varmistaa hoidon hyvä laatu.

Potilasasiakirjoista ilmenee tärkeät tapahtumat heräämössä ja asianmukaiset postoperatiiviset ohjeet osastolle. Raportin tulee olla järjestelmällinen, looginen ja etukäteen suunniteltu sekä strukturoitu. Hyvä raportti varmistaa potilaan sujuvan siirron vuodeosastolle, minimoi postoperatiivisia komplikaatioita ja varmistaa, että korkean riskin potilaiden erityistarpeet on huomioitu. (Lukkarinen ym. 2012, 29–30.)

#### 8.4 Koulutuksen teemat kirurgisten vuodeosastojen sekä leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnalle

Seuraavaksi kuvaan henkilökunnan koulutuksen teemat, jotka syntyivät kehittämissyöryhmän tapaamisessa Mind Map -tekniikan avulla. Lisäsin koulutuksien teemoihin sisältöä kaikista tämän kehittämistyön tuloksista.

Koulutuksen suunnittelussa pidin mielessä koulutuksen kohderyhmän ja huomioin sen sisällön laatimisessa. Aikuisten oppimisvalmius perustuu heidän havaitsemiinsa osaamis- ja kehittämistarpeisiin. Heidän oppimistavoitteensa pohjautuvat todellisen elämän asiayhteyksiin ja käytännön ongelmien ratkaisemiseen. Aikuisen op-

pimis- ja opiskelumotivaationsa lähtökohtana ovat sisäiset tavoitteet sekä henkilökohtainen kasvu ja kehittyminen. (Auvinen, Malinen & Mikkonen 2008, 19.)

### Teemat kirurgisten vuodeosastojen koulutuksessa

Keskeisiä teemoja kirurgisten vuodeosastojen koulutuksen sisällöksi muodostui kolme (Kuvio 6). Nämä olivat heräämön toimintaprosessi, potilaan etu ja yhteistyö heräämön ja vuodeosastojen välillä. Seuraavissa alaluvuissa kuvaan tarkemmin eri teemojen sisältöä.



Kuvio 6. Vuodeosastojen koulutuksen teemat.

Vuodeosastojen henkilökunnan koulutuksessa korostuu **heräämön toimintaprosessin** hahmottaminen. Heräämö toimii yhtenä osana potilaan kirurgisen hoidon prosessia. Heräämön ja vuodeosastojen toinen toisensa työn tuntemisen merkitys on suuri. Tämä kävi ilmi myös Haipro® -ilmoitusten ja swot -analyysin tuloksista. Potilaan siirron heräämästä vuodeosastolle tulee olla oikea-aikainen ja siirtokriteereihin perustuva. Heräämö on mitoitettu huomattavasti pienemmälle potilasmäärälle, kuin mitä sen lävitse kulkee päivittäin potilaita. Leikkaussalista heräämään siirrettäville potilaille täytyy löytyä heräämästä tilaa. Tämä tarkoittaa sitä, että heräämöhoidon on oltava ajallisesti optimaalista. Potilaat siirretään vuodeosastolle siinä vaiheessa, kun he eivät enää tarvitse heräämöhöitoä ja siirron kriteerit täyttyvät. Näin tilaa on taas seuraaville leikkaussalista saapuville potilaille.

Tutkimuksien mukaan potilassiirtojen viivästyminen heräämöstä vuodeosastolle muista kuin kliinisistä syistä on yleistä, mikä lisää hoidon kustannuksia. Viivästynyt potilaan siirtyminen heräämöstä vuodeosastolle aiheuttaa heräämön ruuhkaa ja lisää hoitajan työmäärää, mikä vaikuttaa muiden potilaiden hoidon laatua heikentävästi. Pitkittyvä heräämöhoido voi aiheuttaa viivästyksiä leikkausalista heräämön siirtymisessä, jos leikkauspotilaalle ei ole siellä paikkaa ja mahdollisesti jopa päivän leikkauslistan loppupäässä olevien leikkausten peruutuksia, mikä heikentää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. (Covie & Concoran 2012, 394–398; Lalani, Ali & Kanji 2013, 154.)

Potilas on heräämöhoidon päähenkilö. **Potilaan etu** nousi toiseksi vuodeosastojen henkilökunnalle suunnatun koulutuksen teemaksi. Toipumisen kannalta heräämön välittömästi leikkauksen jälkeen hyvä hoitopaikka, mutta pitkittyvä heräämöhoido on potilasta passivoivaa. Heräämössä potilas ei lähde liikkumaan riittävän varhaisessa vaiheessa leikkauksen jälkeen, mikä lisää komplikaatioiden riskiä. Sekavia potilaita pystytään seuraamaan ja hoitamaan heräämössä tehokkaammin kuin vuodeosastolla. Näiden potilaiden turvallisuuden kannalta pidempi heräämöhoido on perusteltua. Sekavien potilaiden pidemmällä heräämöseurannalla voidaan lisätä potilasturvallisuutta näiden potilaiden osalta.

Joskus vuodeosastolla ei ole valmiina potilaille paikkaa, koska edelliset potilaat eivät ole vielä kotiutuneet. Näin ollen heräämöhoido pitkittyy turhaan. Tällaisissa tilanteissa heräämönä on hyvä informoida asiasta, että siellä pystytään suunnittelemaan potilaiden sijoittelua ja antamaan siirtymistä odottavalle potilaalle oikeaa tietoa siirron viivästyisestä. Tämä voisi olla vuodeosastollakin kehittämisen paikka. Miten kotiutuvat potilaat saataisiin lähtemään kotiin jo aamupäivällä ja paikka vapautuisi seuraavalle?

Organisatoriset ja henkilökunnasta johtuvat syyt olivat myös Covien ja Cancoranin (2012) tutkimuksen mukaan yleisimmät syyt potilaan viivästyneelle siirrolle heräämöstä vuodeosastolle. Viivästyneiksi siirroiksi huomioitiin potilassiirrot, jotka tapahtuivat yli kaksikymmentä minuuttia sen jälkeen, kun potilaan siirtokriteerit osastolle täyttyivät. Siirtyville potilaille ei ollut kirurgisella vuodeosastolla vuodepaikkaa tai sisäänkirjaus osastolle oli viivästynyt. Myös vuodeosaston työmäärä saattoi olla suuri, minkä vuoksi potilasta ei ehditty hakemaan.

Kurki (2007, 67–70, 80) selvitti tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia heräämöhoidosta. Potilaat kokivat heräämössä olonsa turvallisiksi, mutta odottivat pääsevänsä heräämöstä takaisin vuodeosastolle. He toivoivat, että heräämön henkilökunta olisi kertonut heräämössä viipymisen syistä potilaalle tarkemmin.

Vuodeosastojen henkilökunnan koulutuksen kolmanneksi teemaksi nousi heräämön ja vuodeosastojen välisen **yhteistyön** tärkeys. Yhteistyön lisäämiselle heräämön ja vuodeosastojen välillä on tarve. Molemmissa yksiköissä tehdään työtä saman potilaan hyväksi ja keskusteleva ilmapiiri parantaa potilaan hoidon turvallisuutta jatkuvuutta yli yksikkörajojen. Eri yksiköissä olevaa erityisosaamista voidaan hyödyntää potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseksi. Kynnys kysyä ja konsultoida tulee olla matala yksiköiden välillä.

Potilaan hoidon jatkuu saumattomasti vuodeosastolla, kun heräämöhoito on toteutettu laadukkaasti. Vuodeosastolla voi olla välillä kiireistä, jolloin potilaan haku heräämöstä saattaa viivästyä. Tällöin yksiköt voivat neuvotella siirron ajankohdasta ja heräämössä voidaan myös potilaalle kertoa siirron viivästymisestä.

Palautteen avulla voidaan kehittää toimintaa entistä paremmaksi. Tapoja palautteen antamiseen on monia ja tilanteissa, joissa annetaan välitöntä, suoraa palautetta, täytyy muistaa, ettei potilaan tarvitse olla tilanteessa osallisena. Myös heräämön toimintaa koordinoivan anestesia lääkäriin kautta voi tuoda uusia ideoita ja kehittämistarpeita ilmi.

### **Teemat leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksessa**

Keskeisiä teemoja leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksen sisällöiksi muodostui viisi (Kuvio 7). Näitä olivat ammatillinen osaaminen, heräämöhoidon kesto, keskinäinen työnjako, henkilökunnan motivaatio ja heräämöhoitotyön kehittäminen. Seuraavaksi kuvaan tarkemmin eri teemojen sisältöä.



Kuvio 7. Leikkaus- ja anestesiayksikön koulutuksen teemat

Leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksessa kerrataan **ammattillista osaamista**. Siirtokriteerit käydään läpi osana ammatillisen osaamisen kertausta ja varmentamista. Tämän kehittämistyön lähtötilanteen kartoituksesta kävi ilmi, että osa henkilökunnasta siirtää potilaan vuodeosastolle, vaikka siirtokriteerit eivät olisikaan täyttyneet. Se kertoo mielestäni siitä, että ammatillisen osaamisen sisältöjä tulee säännöllisesti kerrata myös kokeneen henkilökunnan keskuudessa. Heräämöperehdytys uudistetaan tulevaisuudessa. Se suunnitellaan vastaamaan näyttöön perustuvaa suositusta potilaan heräämövaiheen hoidosta.

Perehdytys on hyvä keino jakaa hiljaista, kokemuksellista tietoa kokeneen ammatilaisen ja uuden työntekijän välillä (Kurtti 2012, 128). Leikkauspotilaan siirtokriteerit ja yhtenäiset hoitokäytännöt ovat hyvä pohja tasalaatuiselle heräämöperehdytykselle. Uuden työntekijän työhön perehtyminen paranee ja työskentelystä tulee varmempaa, mikä tasoittaa kokeneiden anestesiahoitajien ja ”noviisien” välisiä eroja potilaiden hoidossa. (Lukkarinen ym. 2012, 6; Savo 2007.)

Leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksessa korostuu potilaan **heräämöhoidon keston** optimaalisuus. Heräämöhöito perustuu aina tarpeeseen ja työskentelyä tulee tehostaa niin, että potilaita joilla ei ole heräämöhoidon tarvetta, ei hoideta heräämössä. Tästä esimerkkinä potilaat, jotka toivovat voivansa olla

heräämössä seuraavaan aamuun, vaikka kliinistä tarvetta heräämöhoidolle ei ole. Heidän hoitonsa on perusteltua toteuttaa vuodeosastolla. Lyhythoitoisten potilaiden suhteen on mietittävä jo leikkaussalissa, onko tarkoituksenmukaista siirtää potilasta lainkaan heräämööseen. Tällöin lyhyt anestesian jälkeinen seuranta leikkaussalissa voi olla riittävä. Ajallisesti pitkään heräämössä hoidettavien potilaiden kohdalla korostuu hyvä kivunhoito. Hyvän kivunhoidon eteen työskennellään aktiivisesti niin heräämössä kuin vuodeosastollakin, että potilas kokee kivunhoitonsa toteutuneen hyvin.

Kurjen (2007, 67–70, 80) tutkimuksen mukaan heräämö koetaan väliaikaiseksi majoituspaikaksi ja potilaalle on iso asia päästä heräämöstä osastolle. Siirtotilanne vuodeosastolle merkitsee potilaalle leikkaustapahtuman jäämistä taaksepäin, jolloin toipuminen ja kuntoutuminen voi alkaa.

**Henkilökunnan keskinäistä työnjakoa** tulee korostaa. Tiimityöllä ja toinen toisensa työn arvostamisella on suuri merkitys työilmapiirille ja työn sujuvuudelle. Anestesiahoitajan ja perushoitajan keskinäistä työnjakoa on tarpeen miettiä tulevaisuudessa. Työnkuvat ja vastuut ovat osin hahmottumattomat, mikä johtaa päällekkäisen työn tekemiseen muun muassa potilaan kivun arvioinnin suhteen. Kii-reessä selkeämpi työnjako helpottaa monen potilaan samanaikaista hoitoa. Työn sujuvuuteen heräämössä vaikuttaa iltapäivisin ja alkuillasta se, vastaako potilaan hoidosta vielä leikkauksen aikaisen anestesian hoitanut lääkäri vai onko hoitovastuu jo siirtynyt päivystävälle anestesia-lääkärille. Toiminnan alkaminen remon-toiduissa heräämötiloissa ja 23H -heräämötoiminnan käynnistyminen uudelleen tuo haasteita henkilökunnan resursoinnille. Tähän liittyen tulevaisuudessa on hyvä miettiä työntekijälähtöisesti henkilökuntaresurssin optimaalisuutta.

Vastuunotto työstä ja työympäristöstä on suoraan yhteydessä motivoitumiseen ja sitoutumiseen. Työ koetaan mielekkääksi, kun siihen on mahdollisuus vaikuttaa. Työhön ja sen tavoitteisiin sitoutumista parantaa se, että työntekijä kokee olevansa tärkeä osa työyhteisöä ja tiedostaa oman roolinsa ja osallisuutensa organisaation kokonaisuudessa. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 18.)

**Henkilökunnan motivaatiolla** on suuri merkitys työilmapiiriin ja yksittäisten työntekijöiden työssä viihtyvyyteen. Tällä hetkellä lähes kaikki anestesiahoitajat työs-



kentelevät heräämössä työnkierrossa. Kaikille heräämötyöskentely ei ole mieluisaa. Tässä yksikössä on ollut vahva pyrkimys viime vuosina siihen suuntaan, että kaikkien anestesiahoitajien on osattava, hallittava ja pystyttävä työskentelemään kaikissa yksikön työpisteissä. Työnkuva on todella laaja tässä isossa yksikössä. Edustettuna on lähes kaikki kirurgian erikoisalajat ja ympärivuorokautinen päivystystoiminta. Samaan aikaan on hallittava minkä tahansa kriittisen hätätilapotilaan anestesia ja vastaavasti osattava kotiuttaa potilas päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen perhekeskeisyys huomioiden. Tulevaisuudessa on mietittävä, onko tarkoituksenmukaista, että kaikki anestesiahoitajat työskentelevät heräämössä. Kun työntekijä ei koe hallitsevansa työtään riittävän hyvin, syntyy epävarmuutta, mikä lisää negatiivista asennetta työtä kohtaan. Yksikin negatiivinen työntekijä kykenee tehokkaasti myrkyttämään koko työilmapiirin.

Työpaikalla vietetään paljon aikaa. Siksi ei ole samantekevää millaiset työpaikan sosiaaliset suhteet ovat. Myönteinen, avoin ilmapiiri kannustaa työyhteisön jäseniä osallistumaan. Tämä lisää ihmisten sitoutumista työhön ja parantaa mahdollisuutta hyödyntää henkilöstön osaamista. (Mäki, Liedenpohja & Parikka 2014, 76–77.) Yhteisöllisyys on työelämässä ymmärrettävä välineeksi saavuttaa työn tavoitteet. Työyhteisö on kokonaisuus, jossa kaikkien jäsenten on tarkoitus työskennellä saman päämäärän eteen. Hyvä yhteisöllisyys on yhteistä vastuunkantamista työstä ja kaikkien työyhteisön jäsenten työtehtävien onnistumisesta. (Romppainen & Kallasvuo 2011, 87.)

**Heräämöhoitotyön kehittyminen ja kehittäminen** kulkevat käsi kädessä. Uusia ideoita on kokeiltava, että voidaan päästä eteenpäin. Henkilökunnan ääntä tulee kuulla heräämöhoitotyön kehittämisessä. Osallistavien menetelmien käyttö kehittämisessä saa koko yksikön henkilökunnan osallistumaan. Tulevaisuudessa heräämössä laaditaan hoitoprotokollat eri potilasryhmille osallistavien menetelmin, tarkoituksena koota samoihin ohjeisiin tutkittu ja kokemuksellinen, hiljainen tieto. Kehittämistyöryhmän ideoita anestesia- ja eläinlääkärin päivittäisestä ilta- ja aamukierrosta heräämössä aion viedä eteenpäin. Myös kipulääkkeiden antoa esilääkkeenä tietyille potilasryhmille tulee anestesia- ja eläinlääkäreiden miettiä.

Kurtin (2012, 129–131) tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjallisia hoito-ohjeita pidettiin tärkeänä kokemukseen perustuvan hiljaisen tiedon jakokeinona. Kirjallisten ohjei-

den merkitys oli korostunut yksikössä, jossa oli ympärivuorokautista päivystyksellistä toimintaa. Kirjallisilla ohjeilla ajantasainen tieto oli kaikkien saatavilla mihin vuorokaudenaikaan tahansa.

Kehittäminen merkitsee aina muutosta. Muutokset taas ovat työelämän arkea. Ne koskevat itse työn tekemistä, työelämän ja organisaatioiden rakenteita, työyhteisönä toimimista, rahoitusta, toimintaympäristöä, sidosryhmiä, asiakkaita, tuottavuutta, kannattavuutta ja johtamista. Työelämän jatkuva muutos sisältää sekä myönteisiä, että kielteisiä puolia. Jatkuva muutos ja kehittäminen tuovat häiriöitä työn toteuttamiseen. Muutos ja kehittyminen eivät tapahdu hetkessä, vaan vaativat aikaa ja kärsivällisyyttä. (Lahtiluoma ym. 2008, 96–97.)

## 8.5 Yhteenveto tuloksista

Tässä alaluvussa kerron sanallisesti lyhyen yhteenvedon kehittämistyön tuloksista. HaiPro® -potilasturvallisuusilmoituksista nousseet potilasturvallisuusongelmat ja swotin tulokset ohjasivat koko kehittämisen prosessia, mikä ilmenee liitteenä (LII-TE 6) olevassa kuviossa eri värein. Heräämöhoitotyön heikkoutena (punainen väri) nähtiin yhteistyön puute. Kuviossa punaisella värillä korostuu, että yhteistyötä pyrin kehittämisen prosessissa lisäämään ottamalla vuodeosastonäkökulman siirtokriteerien muokkaukseen ja järjestämällä vuodeosastolle koulutusta, jonka yksi aihe oli yhteistyö. Yhteistyö ja sen lisääminen näkyy myös jatkokehittämishaasteissa.

### Kehittämisen tarve ja lähtötilanne

Kehittämisen tarve lähtötilanteessa nousi heräämön potilasturvallisuuden ongelmista. Ongelmia esiintyi tiedonkulussa, hoitokäytännöissä, lääkehoidossa ja kivunhoidossa. Swot -analyysin tuloksista ilmeni, että heräämöhoitotyön lähtötilanteen vahvuus oli henkilökunnan ammatillinen osaaminen. Heikkoutena lähtötilanteessa oli yhteistyön puute heräämön ja vuodeosastojen välillä ja toinen toisensa työn huono tunteminen. Tulevaisuuden mahdollisuutena nähtiin uudet remontoituvat tilat ja mahdollisuus uusien tilojen myötä muuttaa heräämön hoitokäytäntöjä yhte-

näisimmiksi. Uhkana pidettiin henkilökuntaresurssin riittämättömyyttä ja kokeneimpien työntekijöiden eläköitymistä.

### **Leikkauspotilaan siirtokriteerit vastaamassa potilasturvallisuusongelmiin**

Leikkauspotilaan siirtokriteereillä pyrittiin vastaamaan lähtötilanteen potilasturvallisuuden ongelmiin. Siirtokriteerit muokattiin yksikön toimintaan soveltuviksi. Muokkauksessa oli näkökulmana hoitotyön näkökulmat leikkaus- ja anestesiayksiköstä ja vuodeosastolta sekä lääketieteen näkökulma. Eniten muuttuivat kivunhoidon ja virtsanerityksen kriteerit. Lääkehoidolle luotiin oma kriteerinsä vastaamaan lähtötilanteessa olleeseen lääkehoidon ongelmaan.

### **Siirtokriteerit käyttöön koulutuksen avulla**

Siirtokriteerien käyttöönottamiseksi järjestin koulutusta leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnalle ja kirurgisten vuodeosastojen henkilökunnalle. Vuodeosastojen henkilökunnan koulutuksen teemoja olivat heräämön toimintaprosessi, potilaan etu ja yhteistyö heräämön ja vuodeosastojen välillä. Leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunnan koulutuksen teemat olivat ammatillinen osaaminen, heräämöhoidon kesto, keskinäinen työnjako, henkilökunnan motivaatio ja heräämöhoitotyön kehittäminen.

## 9 KEHITTÄMISTYÖN POHDINTA

Tässä luvussa kerron omaa pohdintaani liittyen opinnäytetyöni aiheeseen, kehittämisprossiin, käyttämiini menetelmiin, luotettavuuteen ja eettisyyteen sekä kehittämisen jatkumiseen tulevaisuudessa.

**Aiheen** eettisessä pohdinnassa tulee selkeyttää se, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimuksen aihe valitaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127, 129). Tarve kehittämiselle oli syntynyt organisaation käytännön heräämöhoitotyön potilasturvallisuuden ongelmakohdista, jotka olivat ilmenneet vuodeosastojen tekemistä potilasturvallisuusilmoituksista. Koin tärkeäksi hakea perusteluita ja tukea aiheen valinnalle huolellisella lähtötilanteen kartoituksella, joka oli melko iso osuus koko opinnäytetyötä. Halusin saada vuodeosastojen näkökulman mukaan, mutta työn erilaisuuden vuoksi yhteisiä aikoja oli erittäin hankala sopia vuodeosastojen työntekijöiden kanssa. Sain mielestäni kuitenkin hyvin vuodeosaston ääntä kuuluviin rekrytoimalla kehittämistyöryhmään vuodeosastoilla ”keikkalaisina” työskenteleviä anestesiahoitajia.

Sairaalaorganisaatiossa on perinteisesti kehitetty käytäntöjä antamalla valmis malli työntekijöille johdon suunnasta. Tässä työssä **kehittämisen suunta** oli työntekijöistä johtoon päin. Heräämön anestesiahoitajat saivat mahdollisuuden kehittää omaa työtään ja vaikuttaa omin työskentelytapoihinsa refleктоimalla ammatillisia toimintatapojaan. Heiltä saatu kokemuksellinen tieto on mittaamattoman arvokasta. Valitsemani menetelmät kehittämisen prosessissa vahvistivat työntekijöiden voimavaroja ja antoivat kunkin omaan työhön uutta näkökulmaa. Annoin osallistujille monipuolista tietoa kehittämistyön sisällöstä ja heillä oli mahdollisuus miettiä kehittämistä omaan arvoperustaansa pohjautuen. Kehittämistyöhön osallistuvat olivat vapaaehtoisia, ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää kehittämisprosessi osaltaan. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 1997, 25–28; Ronkainen ym. 2013, 32.) Kaikki kehittämistyöhöni osallistuneet pysyivät mukana koko prosessin ajan. Mielestäni se kertoo tämän organisaation ilmapiiristä, joka on vähitellen muuttumassa kehittämismyönteisempään suuntaan.

Valitsin tietyn osan henkilökunnasta toteuttamaan tätä kehittämisprosessia kehittämistyöryhmässä. Erilainen lähestymistapa olisi mahdollistanut isomman henkilö-

kuntamäärän osallistumisen tähän työhön. Päämääränäni ei ollut saada isoa osallistujamäärää, vaan kyse oli osallistamisesta. Mielestäni Rouvinen-Wilenius (2013) määrittää **osallisuuden** käsitteen hyvin.

*”Osallisuus on osallistumisen mahdollistama tunneperustainen ja yhteenkuuluvuuteen pohjautuva kokemus, jossa ihminen voi vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin ja toimia siinä aktiivisesti ja sitoutuneesti.”*

Halusin, että kehittämistyöryhmän jäsenet eivät ole vain osallistujia, vaan nimenomaan osallisia kehittämiseen. Osallisuus tässä kehittämistyössä näkyi kehittämistyöryhmän jäsenten asiantuntemuksen hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa. Valitsemani menetelmät olivat osallistavia ja yhteistoiminnallista oppimista lisääviä. Tapaamisissa syntynyt keskustelu oli syvällistä ja reflektointia. Työntekijöillä oli mahdollisuus kehittää omaa työtään ja sen käytänteitä tutkittua tietoa soveltamalla. Heikkilän (2005, 130–131) mukaan tutkitun tiedon käytön oppiminen on mahdollista, kun käytetään yhteistoiminnallisen oppimisen menetelmiä.

Luotettavuuden osatekijäksi voidaan liittää kehittämisprosessiin osallistuneiden toimijoiden **sitoutuneisuus**. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124). Kehittämistyöryhmän jäsenet olivat sitoutuneita kehittämisprosessiin. Valitettavasti osallistujamäärät kehittämistyöryhmän tapaamisiin jäivät vähäisiksi (n= 4, n=3) yksikön henkilökuntaresurssien ongelmien vuoksi. Kehittämistyöryhmän kokoonpano oli erilainen eri tapaamisissa. Ne kehittämistyöryhmän jäsenet, jotka eivät päässeet tapaamisiin, hakivat aktiivisesti minulta tietoa siitä, mitä milläkin kerralla oli tehty ja miten prosessi tulee etenemään. Tämä kertoo mielestäni hyvin heidän sitoutumisestaan.

Tutkimuksellisessa kehittämisessä jo itse kehittämisprosessin läpivienti on eräänlainen tulos. Näyttöön perustuvan hoitotyön **muutosprosessin** toteuttaminen käytännön hoitotyössä on haasteellista ja aikaa vievää. Prosessin alkuvaiheessa työyhteisössä ilmenee uusien kyseenalaistamista, ennakoasenteita ja väärinymmärryksiä. Muutosprosessin onnistuminen vaatii jatkuvaa vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kesken ja avointa keskustelua uuden toimintatavan eduista, jotta henkilökunta ymmärtää uusien ajattelu- ja toimintakäytäntöjen välttämättömyyden. Toiminnan kehittäminen ja juurruttaminen käytäntöön riippuu henkilökunnan kyvyistä,

osaamisesta ja innokkuudesta kehitettävää asiaa kohtaan. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 106–107.) Yksikön henkilökunnan keskuudessa jaoin tietoa kehittämistyön sisällöstä ja etenemisestä prosessin eri vaiheissa. Ison henkilökuntamäärän vuoksi tieto ei varmasti saavuttanut kaikkia työntekijöitä. Tiedonpuute tuntui herättävän torjuntaa muutosprosessia kohtaan. Omalla toiminnallani pyrin nopeasti reagoimaan näihin viesteihin jakamalla tietoa. Tukenani olivat kehittämistyöryhmän jäsenet, joista osa hyvin tehokkaasti jakoi oikeaa tietoa kehittämisen prosessista. Tulevaisuus näyttää millainen vaikutus tällä tutkimuksellisella kehittämistyöllä oli koko yksikön työskentelytapoihin ja työn kehittämiseen jatkossa. Tämän prosessin myötä olen oppinut, että useat pienet muutosaskeleet jouduttavat muutosta enemmän kuin yksittäiset isot harppaukset.

**Potilasturvallisuusnäkökulma** oli vahvana kehittämisen prosessissa. Näkökulma pohjautui hoitohenkilökunnan tekemiin ilmoituksiin potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Ammattilaiselle potilasturvallisuus merkitsee yleensä haittatapahtumien estämistä, kun taas potilaalle turvallisuus on enemmän kokemukseen liittyvä turvallisuudentunne. Potilaan kokemukset perioperatiivisesta hoidosta ovat yksittäisiä ja heräämöhoidon osuus on hyvin pieni osa kirurgista hoitoprosessia. Potilaan kokemukset ovat arvokkaita ja ainutlaatuisia ja niiden perusteella hän muodostaa kokonaisuusnäkemysnsä saamastaan hoidosta. Hän tarvitsee terveydenhuollon palveluita silloin, kun on tavanomaista haavoittuvammassa tilanteessa. Hoidossa tapahtuvan vuorovaikutuksen tulee olla arvostavaa, inhimillistä ja yksityisyyttä kunnioittavaa. (ETENE 2012, 5, 24–25; Holopainen ym. 2013, 27.)

Toikko ja Rantanen (2009, 121–124) kuvaavat kehittämistoiminnan tiedon **luotettavuutta** sen käyttökelpoisuuden kautta. Tutkimuksellisella kehittämisellä saatava tieto tulisi olla hyödyllistä. Laadullisen tutkimuksen piirissä luotettavuuden (reliabiliteetin) ja pätevyyden (validiteetin) käsitteitä on pyritty korvaamaan vakuuttavuuden käsitteellä. Tämä perustuu siihen, että tutkija näyttää aineistonsa ja siihen perustuvan argumentaation mahdollisimman avoimesti ja siten vakuuttaa lukijansa tutkimuksensa pätevyydestä. Vakuuttavuuden katsotaan perustuvan sekä uskottavuuteen että johdonmukaisuuteen.

Kehittämisprosessissa tuotettiin tietoa, joka on tässä yksikössä käyttökelpoista ja hyödyllistä. Sama tieto ei ole sellaisenaan sovitettavissa mihin tahansa yksikköön

vaan se on vahvasti riippuvaista kontekstista, jossa se on tuotettu. Tiedon tuottamisen näkökulma ei ollut kuitenkaan ainut näkökulma tutkittuun tietoon. Tässä kehittämistyössä sovellettiin tutkittua tietoa osaksi päivittäistä, laadukasta, konkreettista heräämöhöityötä. Se oli jopa tämän koko työn lähtökohta. Tiedon tuottaminen tapahtui tutkitun tiedon soveltamisen kautta.

Kun kehittämistyön tarkoituksena on kehittää yhteisön toimintaa, projektin toteuttajalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia. On oltava valmis vauhdittamaan kehitystä, mutta silti pysyttävä havainnoijan roolissa. (Huovinen & Rovio 2008, 94–113.) **Oma roolini** oli viedä eteenpäin, arvioida ja analysoida prosessia kokonaisuutena sekä raportoida kehittämisen sosiaalisen prosessin eteneminen kirjallisena siltä osin, kun se oli mahdollista. Koska tämä kehittämistyö on vahvasti laadullinen ja sisältää laadullisen tutkimuksen osioita, sen tulkinta on vahvasti kontekstisidonnaista. Käytetyt menetelmät ovat toistettavissa, mutta tulokset eri kontekstissa voivat olla erilaiset. Kokonaisuutena kehittämistyön toteuttajan rooliin sitoutuminen on ollut minulle haasteellista ja samalla erittäin antoisaa. Kokonaisuuden näkeminen kehittämisen kautta on avannut silmiäni organisaation hierarkkisuudelle ja toisaalta myös työntekijöiden mielipiteille, jotka perustuvat vahvaan ammatilliseen osaamiseen.

**Heräämöhöityön jatkokehittäminen** toteutuu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatuineuvoston myöntämällä tutkimus- tai kehittämishankerahoituksella eli TUKE -hankerahoituksella. Heräämöhöityön kehittämishankkeelle myönnettiin rahoitusta vuosille 2015–2017. Se mahdollistaa työntekijän irrottamisen normaalisesta työstään projektityöhön. Hankkeen avulla vastataan tämän kehittämistyön aikana ilmenneisiin jatkokehittämishaasteisiin, jotka tulivat esiin prosessin aikana (LII-TE 6). Rahoituksen saaminen kertoo siitä, että organisaatiossa annetaan arvoa kehittämistyölle ja sen jatkumiselle. Uskon osanneeni perustella hankerahoitushakemuksiin riittävän hyvin kehittämisen tarpeen ja oman visioni tulevaisuuden heräämöhöityöstä. Oma uskallukseni ja näkemykseni kehittämisestä ovat jalostuneet tämän kehittämisprosessin aikana. Itsensä sitouttaminen TUKE -hankkeeseen kolmen vuoden ajalle on samalla erittäin haastavaa ja mielenkiintoista, mutta myös ”hyppy epävakaaalle maaperälle”. Aika näyttää mitä tällä hankkeella saadaan aikaan.

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMISHAASTEET

Tämän opinnäytetyön keskeisenä tarkoituksena oli parantaa **potilasturvallisuutta ja hoidon laatua** heräämössä yhdenmukaistamalla hoitokäytäntöjä heräämössä. **Tavoitteena** oli ottaa käyttöön heräämössä systemaattinen potilaan tilan ja siirtokelpoisuuden arviointi näyttöön perustuvien leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla. Ajallisesti tämän opinnäytetyön toteutuksen aikana edettiin toimintatapojen muutoksen vakiinnuttamisen vaiheeseen. Tämä vaihe ja käytäntöjen yhtenäistyminen vievät aikaa. Heräämöhoidotyön laadun parantumisen mittaaminen ja todentaminen jää tulevaisuuteen. Terveystieteiden tutkimuksessa hoitotyön hyvä laatu edellyttää johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi sekä hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä (Koivuranta-Vaara 2011, 8; Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 15). Seuraavaksi esitän opinnäytetyöni johtopäätökset vastaamalla kehittämiskysymyksiin.

**Millaisia potilasturvallisuuden ongelmia heräämöhoidotyössä on ja voidaan-ko leikkauspotilaan siirtokriteerien käytöllä vastata niihin?** Heräämöhoidotyön potilasturvallisuuden ongelmat olivat tiedonkulun, hoitokäytäntöjen, lääkehoidon ja kivunhoidon ongelmat. Leikkauspotilaan siirtokriteerien systemaattisella käytöllä voidaan vastata potilasturvallisuuden ongelmiin heräämössä. Esimerkiksi lääkityksen siirtokriteerin s.51 (Taulukko 10) käyttö ehkäisee unohduksia lääkehoidon toteuttamisessa, mikä oli yksi potilasturvallisuusongelma kehittämisen lähtötilanteessa. Kivunhoidon siirtokriteeri s.45 (Taulukko 5) vastaa lähtötilanteessa olleeseen potilasturvallisuusongelmaan yhtenäistämällä käytäntöjä ja luomalla selkeän ohjeistuksen kivunhoidosta heräämöhoidotyössä. Potilaiden saama kivunhoito on tasalaatuisempaa kriteerin ohjatessa heräämöhoidotyötä.

**Miten leikkauspotilaan siirtokriteerit saadaan käyttöön jokapäiväiseen heräämöhoidotyöhön?** Tässä opinnäytetyössä luotiin edellytykset yhdenmukaisille hoitokäytännöille muokkaamalla näyttöön perustuvat leikkauspotilaan siirtokriteerit yksikön toimintaan soveltuvaan muotoon. Anestesiahoitaja voi lisätä potilasturvallisuutta päivittäisessä hoitotyössä käyttämällä näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, joiden käyttö on sovittu sairaalan hoidon ohjeistukseksi. Potilasturvallisuutta lisätään raportoimalla vaaratilanteet ja haittatapahtumat sekä oppimalla vaaratapah-



tumaraporteista (Odom-Forren 2007, 447). Sitoutuminen yhtenäiseen toimintamalliin vaatii jokaiselta anestesiahoitajalta heräämössä omien ammatillisten työskentelytapojen kriittistä tarkastelua. Uuden käytännön juurtuminen ja sitä kautta toimintakulttuurin muuttuminen vaativat yksilön sitoutumisen lisäksi johtotason sitoutumista ja rakenteiden muuttamista käytäntöä ja toimintaa tukeviksi. Käytäntöjen pohtiminen, jakaminen, kehittäminen, levittäminen ja juurruttaminen ovat koko työyhteisön vastuulla olevaa toimintaa. (Koskimies ym. 2012, 15.) Siirtokriteerien käyttö ei vaadi suuria toimintatavan muutoksia päivittäisessä työssä, vaan enemmänkin ne toimivat tarkistuslistatyypisenä työvälineenä ja tekevät näkyväksi anestesiahoitajan vahvan ammatillisen osaamisen.

**Miten ammatillista osaamista voidaan kehittää heräämöhoitotyössä?** Laadua ja potilasturvallisuutta heräämöhoitotyössä parantavat yhdenmukaiset, aukikirjoitetut ja työn näkyväksi tekevät hoitokäytännöt, jotka perustuvat näyttöön. Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen päivittäisessä työssä kertoo työntekijän vahvasta ammatillisesta osaamisesta. Henkilökunnan ammatillista osaamista pyrittiin kehittämään koulutuksen avulla. Ammatillisuuteen kuuluu oman työn ja sen merkityksen ymmärtäminen osana isompaa kokonaisuutta. Siksi yksiköiden välistä dialogista yhteistyötä pyrittiin lisäämään. Potilaan turvallinen hoito jatkuu yli yksikkörajojen, kun molemmat yksiköt tuntevat toistensa työtä. Yhteistyössä voidaan luoda yhtenäiset hoitokäytännöt heräämöön ja vuodeosastolle, mikä parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta molemmissa yksiköissä.

#### **Jatkokehittämishaasteet:**

- Heräämön henkilökuntaresursoinnin optimaalisuuden, työvuorojen ja työnjaon miettiminen.
- Yhteistyön kehittäminen ja syventäminen heräämön ja vuodeosastojen välillä.
- Eri potilasryhmien hoitoprotokollien laadinta yhteistyössä erikoisalojen kanssa.
- Heräämössä työskentelevän anestesiahoitajan perehdytyksen uudistaminen.
- 23H Heräämön henkilökuntaresursointi.
- Ohjeet 23H potilaiden hoidosta ja kotiutuksesta.

## LÄHTEET

- Auvinen, P., Malinen, A. & Mikkonen, H. 2008. Aikuiskoulutuksen toteuttajasta työyhteisöjen osaamisen kehittäjäksi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Raportteja, 33. Tampere: Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., Carli, F. & Phil, M. 2009. Postoperative Urinary Retention. *Anesthesiology* 110 (5), 1139–1157. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Brown, I., Jellish, W. S., Kleinman, B., Fluder, E., Sawicki, K., Katsaros, J. & Rahman, R. 2008. Use of postanesthesia discharge criteria to reduce discharge delays for inpatients in the postanesthesia care unit. *Journal of Clinical Anesthesia* 20, 175–179. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Burch, J. 2013. Promoting enhanced recovery after colorectal surgery. *British Journal of Nursing* 22 (5), 4–9. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Covie B. & Concoran, P. 2012. Postanesthesia Care Unit Discharge Delay for Nonclinical Reasons. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 27 (6), 393–398. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Cowling, G.E. & Haas, R.E. 2002. Hypotension in the PACU: An Algorithmic Approach. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 17 (3), 159–163. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Choroszczak, P.J., Altaf, W. & O'Brien, B. 2010. Body temperature in the post-anesthetic care unit and its effect on post-operative morbidity. *European Journal of Anaesthesiology* 27, 7–47. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Clifford, T. 2014. Length of Stay–Discharge Criteria. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29 (2), 159–160. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Daley, K. & Huff, S. 2010. Incidence of Arrhythmias in ASA I Patients in the Phase I PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 25 (5), 281–285. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Day, T. 2007. Respiratory assessment in the recovery unit: Essential skills for perioperative practitioner. *Journal Of Advanced Perioperative Care*. 3 (2), 41–49. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Dwyer, S. 2013. An audit of the time spent by patients in the post anesthetic care unit before and after the introduction of a discharge criteria scoring system at Tygerberg Academic hospital. Stellenbosch:University of Stellenbosch.
- Eklund, F., Paulus, T., Paavolainen, P. & Seitsalo, S. 2007. Tuotantoprosessien vaikutus kustannuksiin erikoissairaanhoidossa. [Verkkojulkaisu] Suomen Ortopedia ja Traumatologia 30, 301–304. [Viitattu 9.4.2015] Saatavana: <http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2007/35.pdf>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2012–2020. [Verkkojulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 6.2.2014]. Saatavana: [http://www.epshp.fi/files/6270/Strategia\\_2013-2020.pdf](http://www.epshp.fi/files/6270/Strategia_2013-2020.pdf)
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Potilasturvallisuussuunnitelma. [Verkkojulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 14.5.2014]. Saatavana: [http://www.epshp.fi/files/1093/Potilasturvallisuussuunnitelma\\_2010.pdf](http://www.epshp.fi/files/1093/Potilasturvallisuussuunnitelma_2010.pdf)
- ETENE. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE -julkaisuja 35 [Verkkojulkaisu]. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE & Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 20.4.2014]. Saatavana: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf)
- European commission. 2010. Patient safety and quality of healthcare. Full report. Special eurobarometer 327. [Verkkojulkaisu]. European opinion research group. [Viitattu 22.10.2014]. Saatavana: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf)
- Godden, B. 2012. Care of Nonsurgical Patients in the PACU Journal of PeriAnesthesia Nursing 27 (6), 412–414. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection - tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hamunen, K. & Kontinen, V. 2014, Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. [Verkkojulkaisu] [Finnanest 47 (1) 28–34. Viitattu 9.4.2015] Saatavana: [http://www.finnanest.fi/files/kontinen\\_hamunen\\_tavoitteena\\_tehokas\\_ja\\_turvallinen\\_yksilollinen\\_leikkauksen\\_jalkeisen\\_kivun\\_hoito.pdf](http://www.finnanest.fi/files/kontinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf)
- Hatfield, A. & Tronson, M. 2009. The complete recovery room book. 4.painos, New York: Oxford University.
- Heikkinen, H. 2013. SWOT. [Verkkosivusto]. Innokylä. [Viitattu 13.3.2015] Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>

- Heikkinen, H. L. T. 2009. Tutkiva ote toimintaan. Teoksessa: Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat Helsinki: Kansanvalistusseura, 15–38.
- Heikkinen, H. L. T., Kontinen, T. & Häkkinen, P. 2009. Toiminnan tutkimisen suuntauksat. Teoksessa: Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat Helsinki: Kansanvalistusseura, 39–76.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, A. 2005. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hicks, R.W., Becker, S.C., Windle, P.E. & Krenzischek, D.A. 2007. Medication Errors in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 22 (6), 413–419. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, T., Tolvanen, R. & Vihma, M. 2010. ITE3: 2010. Opas ITE -itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huang, L., Kim, R. & Berry, W. 2013. Patient safety first. Creating a Culture of Safety by Using Checklists. *AORN Journal*. (3), 365–368. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2008 Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–113.
- Hutchison, R. W. 2007. Challenges in acute post-operative pain management. *American Journal of Health-System Pharmacy* 64 (15), 2–5. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Itella. Ei päiväystä. Esimiehen työkalupakki osallistamiseen ja ongelmanratkaisuun. [Verkkojulkaisu]. Itella. [Viitattu 13.2.2014]. Saatavana: [http://www.tyohyvinvointisaatio.fi/tyokalupakki\\_osallistamiseen\\_ja\\_ongelmanratkaisuun.pdf](http://www.tyohyvinvointisaatio.fi/tyokalupakki_osallistamiseen_ja_ongelmanratkaisuun.pdf)

Jokimaa-Frusti, T. & Koponen, K. 2013. Dialogisuus asiakasverkostoissa – työvälineenä ennakointidialogimenetelmä. [Verkkojulkaisu]. Tampereen kaupunki [Viitattu 11.3.2015]. Saatavana: [http://www.lskl.fi/files/2030/Koponen\\_Jokimaa-Frusti\\_Dialogisuus\\_asiakasverkostoissa2.10.2013.pdf](http://www.lskl.fi/files/2030/Koponen_Jokimaa-Frusti_Dialogisuus_asiakasverkostoissa2.10.2013.pdf)

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. [Verkkojulkaisu]. Aalto -yliopiston kaupakorkeakoulu. [Viitattu 27.4.2014]. Saatavana: <http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2010/12/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystenhuollon laatuopas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T. E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. [Verkkojulkaisu]. THL. [Viitattu 11.3.2015]. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90856/URN\\_ISBN\\_978-952-245-638-0.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90856/URN_ISBN_978-952-245-638-0.pdf?sequence=1)

Kovac, A. L. 2013. Update on the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Drugs* 73, 1525–1547. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Kurki, L. 2007. "...Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään..." Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Akateeminen väitöskirja. [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. [Viitattu 27.4.2014]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66896/978-951-44-8782-8.pdf?sequence=1>

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus. Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012: Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lahtiluoma, S., Silander, M-L., Turunen, R. & Wiman, S. 2008. Uuden esimiehen opas. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Laitila, J. 2006. Kirurgian leikkausosaston toiminnan arviointi. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Lalani, S.B., Ali, F. & Kanji, Z. 2013. Prolonged-Stay Patients in the PACU: A Review of the Literature Journal of PeriAnesthesia Nursing 28 (3), 151–155. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lee, E. 2013. The Arduous and Challenging Journey of Improving Patient Safety and Quality of Care. Journal of PeriAnesthesia Nursing 28 (6), 383–398. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Leinonen, T. 2002: The Quality of Perioperative Care. Developing a Patient-Oriented Measurement Tool. Academic dissertation. Turun yliopiston julkaisuja D 481. Turku: Pallosalama Oy.
- Lepousé, C., Lautner, C.A., Liu, L., Gomis, C. & Leon, A. 2006, Emergence delirium in adults in the post-anaesthesia care unit. British Journal of Anaesthesia 96 (6), 747–753. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lukkarinen, H, Virsiheimo, T, Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö ja käsikirjan kirjoittajat.
- Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. [Verkkojulkaisu]. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto ja Euroopan Sosiaalirahasto. [Viitattu 14.11.2014]. Saatavana: <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf>
- Marjamaa, R. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Yliopistopaino. Akateeminen väitöskirja [Viitattu 28.8.2014]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22532/kohtilei.pdf?sequence=1>
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Jyväskylä: Gummerus.
- Meretoja, R. & Koponen, L. 2011. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. Journal of advanced nursing 68

- (2), 414–422. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen M.U., Joppich, R. & Wappler, F. 2014. Quality of postoperative patient handover in the post anaesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anaesthesiol Scand* 58, 192–197. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Mäki, T., Liedenpohja, A-M. & Parikka, U-R. 2014. Johtamisen kulmakivet: Kertomuksia esimiestyöstä sosiaali- ja terveysalalla. Keuruu: Fioca.
- Naski, E. 2015. Heräämöhoitajan kompetenssit. *Spirium* 50 (1), 4–6.
- Niemi, T. 2008. Tromboosiprofylaksia, puudutukset ja spinaalihematooma. HUS:n Meilahden sairaalan suositus. [Verkojulkaisu] *Finnanest* 41 (1), 51–53. [Viitattu 9.4.2015] Saatavana: [http://www.finnanest.fi/files/niemi\\_tromboosi.pdf](http://www.finnanest.fi/files/niemi_tromboosi.pdf)
- Nilsson, U. Unosson, M. & Kilgren, M. 2005. Experience of postoperative recovery before discharge: patients' views. *Journal of Advanced Perioperative Care*. 2 (3), 97–106. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Noble, K. 2008. The Asthmatic PACU Patient “Squeaks” By. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 23 (2), 125–132. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nykänen, P. & Junttila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi [Verkojulkaisu]. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 14.5.2014]. Saatavana: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>
- Odom-Forren, J. 2007. Patient Safety: Nursing Priority. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 22 (6), 446–448. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Raitalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY pro.
- Opetushallitus. Ei päiväystä. SWOT -analyysi [Verkkosivu]. [Viitattu 21.4.2014]. Saatavana: [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)
- Opetushallitus. Ei päiväystä. Mind Map. [Verkkosivu]. [Viitattu 6.10.2014]. Saatavana: [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/mind\\_map](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/mind_map)

- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Terveyden ja sairaanhoitajan kirjasto.
- Peskett, M. J. 1999. Clinical indicators and other complications in the recovery-room or postanaesthetic care unit. *Anaesthesia* 54, 1143–1149. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Pieviläinen, H., Pyykkönen, A. & Saukkonen, T. 2014. Asiakkaan äänellä. Menetelmäopas asiakaspalautteen keräämiseen sosiaalityössä. [Verkkojulkaisu]. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry ja RAY. [Viitattu 11.3.2015]. Saatavana: <http://www.jelli.fi/lataukset/2011/04/Asiakkaan-%C3%A4%C3%A4nell%C3%A4-menetelm%C3%A4opas.pdf>
- Rantanen, T. 2008. Työelämäosallisuus ja tutkimuksellisuus ylemmän amk - tutkinnon opinnäytetöissä. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 13.3.2015]. Saatavana: [http://www.oamk.fi/thesis/docs/alustus\\_TeemuRantanen301008.pdf](http://www.oamk.fi/thesis/docs/alustus_TeemuRantanen301008.pdf)
- Rautio, M. 2015. Toimintaympäristö- ja asiakasanalyysi–työterveyshuollon alueelliset ja yksikkökohtaiset haasteet. PPS -esitys. Saatavana työterveyslaitoksen Moodle –oppimisympäristössä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Romppainen, B. & Kallasvuo, A. 2011. Johtajuuden rakentuminen. Eväitä lähijohdamiseen. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Ronkainen, S. Pehkonen, L. Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ross, J. 2010. Improving Patient Safety Through Quality Indicators. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 25 (2), 112–113. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ross, J. 2014a. Understanding Patient Safety Through a Systems Approach. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29 (1), 60–61. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ross, J. 2014b. Aviation Tools to Improve Patient Safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29 (6), 508–510. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Rouvinen-Wilenius, P. 2013. Voidaanko yhdenvertaista osallisuutta ja yhteisöllisyyttä mitata? [Verkkojulkaisu] Soste Suomen sosiaali ja terveys ry. [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: <http://www.alli.fi/binary/file/-/id/679/fid/2406/>



- Rouvinen-Wilenius, P. 2014. Kohti osallisuutta–mikä estää, mikä mahdollistaa? Julkaisussa: Arja Jämsén, A. & Pyykkönen, A. (toim.). Osallisuuden jäljillä. 51–68. [Verkkojulkaisu]. RAY ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden-%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>
- Saarremaa, K. 2010. Leikkaus- ja anestesiayksikön toiminnallinen tilasuunnitelma. Heräämö osana leikkaus- ja anestesiayksikköä. Leikkaus- ja anestesiatoimintayksikkö. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sisäinen julkaisu.
- Saastamoinen, P., Piispa, M. & Niskanen, M. 2007. Use of Postanesthesia Care Unit for Purposes Other Than Postanesthesia Observation. Journal of PeriAnesthesia Nursing 22 (2), 102–107. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Tutkiva hoitotyö 10 (4), 4–13.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö–Hoitotyön suositus [Verkkojulkaisu] Hoitotyön tutkimussäätiö ja suosituksen kirjoittajat. [Viitattu 11.1.2014]. Saatavana: [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOY pro.
- Savo, M. 2007. Näyttöön perustuvat suositukset–leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle. [Verkkojulkaisu]. Suomen anestesia- ja sairaanhoitajat ry. [Viitattu 11.1.2014]. Saatavana: <http://www.sash.fi/index.php/luentoarkisto>
- Seitamaa-Hakkarainen, P. Ei päiväystä. Käsitekartta. [Verkkosivusto]. [Viitattu 13.3.2015]. Saatavana: [http://www.mlab.uiah.fi/polut/Yhteisollinen/teoria\\_kasitekartta.html](http://www.mlab.uiah.fi/polut/Yhteisollinen/teoria_kasitekartta.html)
- Silvennoinen, A-S., Salanterä, S., Meretoja, R. & Junttila, K. 2012. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Tutkiva hoitotyö 10 (3), 22–31.
- Smith, B. & Hardy, D. 2007. Discharge criteria in recovery 'just in case'. Journal of Perioperative Practice 17 (3), 102–107. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Smith Collins, A. 2011. Postoperative nausea and vomiting in adults: Implications in critical care. Critical Care Nurse 31 (6), 36–45. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009–2013. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 27.4.2014]. Saatavana: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanoma Oy.
- Steward, B. 2012. Hypothermia. Journal of PeriAnesthesia Nursing 29 (5), 441–444. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. [Verkkajulkaisu]. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepar ry. [Viitattu 13.2.2014]. Saatavana: [http://www.cimo.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/cimo/embeds/cimowwwstructure/22510\\_Fasilitaattorin\\_tyokirja.pdf](http://www.cimo.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/cimo/embeds/cimowwwstructure/22510_Fasilitaattorin_tyokirja.pdf)
- Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Julkaisussa: Arja Jämsén, A. & Pyykkönen, A. (toim.). Osallisuuden jäljillä. 34–50. [Verkkajulkaisu]. RAY ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden-%C3%A4ljiill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>
- Taanila, A. 2007. Laadullisen aineiston analyysi. [Verkkosivusto]. [Viitattu 13.3.2015]. Saatavana: [http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/AT\\_Laadullisen\\_aineiston\\_analyysi\\_170407.pdf](http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/AT_Laadullisen_aineiston_analyysi_170407.pdf)
- Tallman, K., Ramachandran, S.K., Christensen, R. & O'Brien, D. 2011. Cardiac Arrest in the PACU: An Analysis of Evolving Challenges for Perianesthesia Nursing. Journal of PeriAnesthesia Nursing 26 (1), 4–8. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimusleikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Kuopio: Kopijyvä Oy.
- Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 13.9.2013. [Verkkosivusto]. [Viitattu 30.7.2014]. Awanic Oy. Saatavana: <http://www.hapro.fi/fin/default.aspx>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. [Verkkajulkaisu] Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 27.4.2014]. Saatavana: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

- Tilastokeskus. Ei päiväystä. Teemahaastattelusta. [Verkkosivu]. [Viitattu 13.3.2015]. Saatavana: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/index.html>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Troberg, A-M., Jousela, I., Niemi, T. & Niemi-Murola, L. 2015. Pitkittynyt heräämövalvonta–Miksi ja kenelle. [Verkkojulkaisu] Finnanest 48 (1), 46–51. [Viitattu 9.4.2015] Saatavana: [http://www.finnanest.fi/files/troberg\\_jousela\\_niemi\\_niemi-murola\\_pitkittynyt\\_heraamovalvonta.pdf](http://www.finnanest.fi/files/troberg_jousela_niemi_niemi-murola_pitkittynyt_heraamovalvonta.pdf)
- Tuomi, J., 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Tuomi, L. & Sumkin T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen – organisaation oppimisen oivalluksia. Helsinki: Sanoma Pro.
- Voepel-Lewis, T. 2004. Pain Assessment for the PACU Nurse: Science or Art? Journal of PeriAnesthesia Nursing 19 (4), 257–260. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Vuori, H. 2013. Terveysthuollon laatutyön kehitys Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (50), 87–95.
- Whitaker, D.K., Booth, H., Clyburn, P., Harrop-Griffiths, W., Hosie, H., Kilvington, B., MacMahon, M., Smedley P. & Verma, R. 2013. Immediate Post-anaesthesia Recovery. Aagbi safety guideline. [Verkkojulkaisu] London: The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. [Viitattu 9.4.2015] Saatavana: [http://www.aagbi.org/sites/default/files/immediate\\_post-anaesthesia\\_recovery\\_2013.pdf](http://www.aagbi.org/sites/default/files/immediate_post-anaesthesia_recovery_2013.pdf)
- Wilding, J.R., Manias, E. & McCoy, D.G.L. 2009. Pain Assessment and Management in Patients After Abdominal Surgery From PACU to the Postoperative Unit. Journal of PeriAnesthesia Nursing 24 (4), 233–240. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Winther Olsen, S. 2013. Quality Improvement in Documentation of Postoperative Care Nursing Using Computer-Based Medical Records. Journal of PeriAnesthesia Nursing 28 (2), 77–86. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Åhlberg, M. 2007. Käsitekartat tutkimusmenetelmänä. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 60–69.

## **LIITTEET**

LIITE 1. Leikkauspotilaan siirtokriteerit Lukkarisen ym. mukaan

LIITE 2. Esimerkki HaiPro® ilmoitusten sisällön analysoinnista

LIITE 3. Esimerkki heräämöhoidotyön vahvuuksien analysoinnista (SWOT)

LIITE 4. Muokatut leikkauspotilaan siirtokriteerit

LIITE 5. Esimerkki Mind Map aineiston analysoinnista

LIITE 6. Kehittämisen prosessi ja vaiheiden liittyminen toisiinsa

**LIITE 1. Leikkauspotilaan siirtokriteerit Lukkarisen ym. mukaan**

<b>Verenkierto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan MAP (keskiverenpaine) on välillä 65–120.</li> <li>•Potilaan syke on välillä 50–100.</li> <li>•Potilaalla on sinusrytmi tai jokin muu krooninen rytmi.</li> </ul>
<b>Hengitys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan hengitys on vaivatonta, happisaturaatio on happisäällä yli 95%.</li> <li>•Potilaan hengitystiheys on yli 8 tai alle 20 krt/min.</li> <li>•Potilaalla ei ole hiilidioksidikertymää (Astrup: pCO<sub>2</sub> alle 6,5 kPa, mikäli se on mitattu).</li> </ul>
<b>Tajunnan taso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhutteluun.</li> </ul>
<b>Liiketoiminnot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan keuhonhallinta vastaa leikkausta edeltävää tilaa tai potilas kykenee kannattamaan päätään.</li> <li>•Puudutuksen jälkeen potilaan alaraajojen tunto ja liike ovat lähes palautuneet.</li> </ul>
<b>Kipu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan mitattu kipu on korkeintaan lievää tai kipu on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä.</li> </ul>
<b>Pahoinvointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaalla on korkeintaan lievää pahoinvointia.</li> </ul>
<b>Lämpötila</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan ydinlämpötila on 36–38°C tai hän on lievästi alilämpöinen (35–36°C) tai yllilämpöinen (38–38,5°C), mikä on huomioitu hoidossa.</li> </ul>
<b>Virtsaneritys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Katetroimattomalla potilaalla virtsarakon tilavuus on tarkastettu ultraäänilaitteella (tai käsin tunnustelemalla) ennen siirtoa, jos potilas ei ole heräämössä virtsannut.</li> <li>•Katetroidulla potilaalla virtsaneritys on heräämössä ollut yli 0,5–1 ml/kg/tunti.</li> </ul>
<b>Verenvuoto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Potilaan leikkaushaava tai laskuputki ei vuoda tai vuoto on vähäistä.</li> </ul>
<b>Jatkohoito-ohjeet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ohjeet neste- ja lääkehoidosta on kirjattu. Johtoputket, laskuputket, ym. on kirjattu.</li> <li>•Ohjeet asennosta ja liikkumisesta on kirjattu.</li> <li>•Potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu.</li> <li>•Potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu.</li> </ul>

(Lukkarinen ym. 2012, 32–33.)

## LIITE 2. Esimerkki HaiPro® ilmoitusten sisällön analysoinnista

### Alkuperäisiä HaiPro® potilasturvallisuusilmoitusten ilmaisuja:

- ”Potilasasiakirjoissa merkintä Klexane 40mg aloittamisesta oper. jälkeen. Osastolla selvisi, että potilas ei ollut saanut lääkettä heräämössä.”
- ”Potilaan jatkuvassa lääkityksessä menossa pitkävaikutteinen insuliini. Kirjausten mukaan insuliinia ei ollut heräämössä annettu potilaalle. Aamulla osastolle siirtymisen jälkeen VS oli yli 15. Potilas oli saanut vain lyhytvaikutteista insuliinia heräämössä kertaalleen.”
- ”Potilas oli kovin muistamaton, sekava ja pyrkinyt sängystä laitojen yli. Potilas oli siirretty illalla osastolle, vaikka anestesiakaavakkeella oli kirjattuna seurataan heräämössä yön yli. Potilas oli myös hyvin kivulias osastolle tultuaan.”
- ”Potilas oli kivulias. Lisäksi virtsa oli hyvin tummaa ja koko virtsamäärä leikkaussalissa ja heräämössä oli vain 550ml.”

### Ilmaisuja erittely:

- ”Potilasasiakirjoissa merkintä Klexane 40mg aloittamisesta oper. jälkeen. Osastolla selvisi, että potilas ei ollut saanut lääkettä heräämössä.”
- ”Potilaan jatkuvassa lääkityksessä menossa pitkävaikutteinen insuliini. Kirjausten mukaan insuliinia ei ollut heräämössä annettu potilaalle. Aamulla osastolle siirtymisen jälkeen VS oli yli 15. Potilas oli saanut vain lyhytvaikutteista insuliinia heräämössä kertaalleen.”
- ”Potilas oli kovin muistamaton, sekava ja pyrkinyt sängystä laitojen yli.
- ”Potilas oli siirretty illalla osastolle, vaikka anestesiakaavakkeella oli kirjattuna seurataan heräämössä yön yli.”
- ”Potilas oli myös hyvin kivulias osastolle tultuaan.”
- ”Potilas oli kivulias.”
- ”Lisäksi virtsa oli hyvin tummaa ja koko virtsamäärä leikkaussalissa ja heräämössä oli vain 550ml.”

### Eriteltyjen ilmaisuja yhdistäminen luokiksi ja luokkien nimeäminen:

#### Lääkehoidon ongelmat

- ”Potilasasiakirjoissa merkintä Klexane 40mg aloittamisesta oper. jälkeen. Osastolla selvisi, että potilas ei ollut saanut lääkettä heräämössä.”

#### Kivunhoidon ongelmat

- ”Potilas oli kivulias.”
- ”Potilas oli myös hyvin kivulias osastolle tultuaan.”

#### Tiedonkulun ongelmat

- ”Potilas oli siirretty illalla osastolle, vaikka anestesiakaavakkeella oli kirjattuna seurataan heräämössä yön yli.”

#### Hoitotyön käytäntöjä koskevat ongelmat

- ”Potilaan jatkuvassa lääkityksessä menossa pitkävaikutteinen insuliini. Kirjausten mukaan insuliinia ei ollut heräämössä annettu potilaalle. Aamulla osastolle siirtymisen jälkeen VS oli yli 15. Potilas oli saanut vain lyhytvaikutteista insuliinia heräämössä kertaalleen.”
- ”Potilas oli kovin muistamaton, sekava ja pyrkinyt sängystä laitojen yli.”
- ”Lisäksi virtsa oli hyvin tummaa ja koko virtsamäärä leikkaussalissa ja heräämössä oli vain 550ml.”

### LIITE 3. Esimerkki heräämöhoidotyön vahvuuksien analysoinnista (SWOT)

#### Vaihe 1: Kaikki heräämöhoidotyön vahvuudet

Vahva ammattitaito, osaava, kokenut henkilökunta IIII

Hyvä laitekanta II

Perehdytys III

Selkeät työtehtävät III

Tiedonkulku heräämöhoidotyöstä hoitohenkilökunnan välillä, tietojen päivittäminen, si-  
joitusten kierto II

Tiimityö heräämössä/ työpari II

Moniammatillinen yhteistyö, konsultoinnin helppous II

Työhön sitoutuminen, kiinnostus omaa työtä ja uutta kohtaan IIII

Yhteishenki, työilmapiiri II

Yhtenäiset protokollat II

Nopea siirtyminen osastolle I

Osastolle siirrettäessä potilas voi hyvin I

Ympäri vuorokautinen hoito I

Hyvä kivunhoito I

Peruselintoimintojen seuranta I

Preoperatiiviset puudutukset I

Hyvä heräämön maine, osastot arvostavat heräämöhoidoa III

Koulutukset I

#### Vaihe 2. Keskeiset heräämöhoidotyön vahvuudet

Henkilökunta, jolla on vahva ammattitaito.

Henkilökunta on hyvin sitoutunut heräämöhoidotyöhön ja kiinnostunut omasta työs-  
tään sekä sen kehittämisestä.

Työtehtävät heräämössä ovat selkeitä.

Heräämössä on hyvä perehdytys.

Heräämöllä ja siellä tehtävällä hoitotyöllä Seinäjoen keskussairaalassa on hyvä maine  
ja siellä tehtävää hoitotyötä arvostetaan.

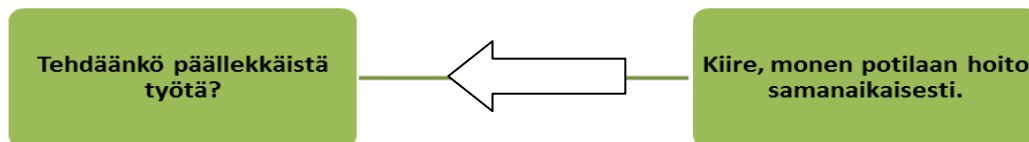
## LIITE 4. Muokatut leikkauspotilaan siirtokriteerit

Leikkauspotilaan siirtokriteerit	
<b>Verenkierto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan MAP (keskiverenpaine) on 65–120, lähtötaso huomioiden.</li> <li>✓ Potilaan syke on 50–100, lähtötaso huomioiden.</li> <li>✓ Potilaalla on sinusrytmi tai jokin muu krooninen rytmi.</li> </ul>
<b>Hengitys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan hengitys on vaivatonta, happisaturaatio on happilisällä yli 95%, lähtötaso huomioiden (jos lähtötaso &lt;94%, määritelty post.op. tavoitetaso).</li> <li>✓ Potilaan hengitystiheys on yli 8 tai alle 20 krt/min.</li> <li>✓ Potilaalla ei ole hiilidioksidikertymää (Astrup: pCO<sub>2</sub> alle 6,5 kPa, mikäli se on mitattu).</li> </ul>
<b>Tajunnan-taso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhutteluun (arvioinnissa huomioidaan lähtötilanne ennen anestesiaa).</li> </ul>
<b>Liiketoiminnot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan kehonhallinta vastaa leikkausta edeltävää tilaa.</li> <li>✓ Puudutuksen jälkeen potilaan alaraajojen tunto ja liike ovat lähes palautuneet.</li> </ul>
<b>Kipu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan mitattu kipu on korkeintaan lievää (VAS &lt;4 levossa, yskiessä &lt;6)</li> <li>✓ Potilas on tyytyväinen kivunlievitykseen ja tietää kivunhoidon jatkuvan osastolla.</li> <li>✓ Kipu on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä / osastolle jää vielä keinoja kivunhoitoon (esim. varaa nostaa epiduraalin nopeutta).</li> <li>✓ Kipulääkitykseen liittyviä sivuvaikutuksia ei ole/ ne on huomioitu hoidossa.</li> <li>✓ Kivunhoidon määräykset, lomakkeet ja laitteet ovat kunnossa.</li> </ul>
<b>Pahoinvointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaalla on korkeintaan lievää pahoinvointia.</li> </ul>
<b>Lämpötila</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilas kokee oman kehonlämpötilansa sopivaksi.</li> </ul>
<b>Virtsaneritys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Katetroimattomalla spinaali puudutetulla potilaalla virtsarakon tilavuus on tarkastettu ultraäänilaitteella ennen siirtoa, jos leikkauksen aikana on nesteytetty runsaasti tai edellisestä virtsaamisesta on kulunut paljon aikaa.</li> <li>✓ Potilas kertakatetroidaan heräämössä, jos virtsamäärä rakossa on &gt;500ml ultraäänilaitteella tarkastettuna, eikä potilas pysty virtsaamaan.</li> <li>✓ Katetroidulla potilaalla virtsaneritys on heräämössä ollut yli 0,5–1 ml/kg/tunti, ellei diureesin tavoitetta ole erikseen ko. potilaalle määritelty.</li> </ul>
<b>Verenvuoto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaan leikkaushaavan ja/ tai laskuputken vuoto on vähäistä ja laskuputkien imu toimii/liittimet auki.</li> </ul>
<b>Lääkitys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potilaalle määrätty antibioottilääkitys on toteutettu oikea-aikaisesti ja kirjattu.</li> <li>✓ Potilaalle määrätty antitromboottinen lääke on toteutettu oikea-aikaisesti ja kirjattu.</li> <li>✓ Antibiootin ja antitromboottisen lääkeyksen jatkumisen ohjeet on kirjattu</li> <li>✓ Potilaalle määrätty oma kotilääkitys on huomioitu/ toteutettu</li> <li>✓ Diabetespotilaan verensokeritaso ja mahdollinen insuliinilääkitys on huomioitu/ toteutettu.</li> </ul>
<b>Jatkohoito-ohjeet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ohjeet nestehoidosta seuraavalle vuorokaudelle on kirjattu.</li> <li>✓ Ohjeet lääkehoidosta on kirjattu.</li> <li>✓ Johtoputket, laskuputket, ym. on kirjattu.</li> <li>✓ Ohjeet asennosta ja liikkumisesta on kirjattu.</li> <li>✓ Potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu.</li> <li>✓ Potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu.</li> <li>✓ Potilaan heräämöhoitoon osallistuneiden nimet on kirjattu.</li> </ul>

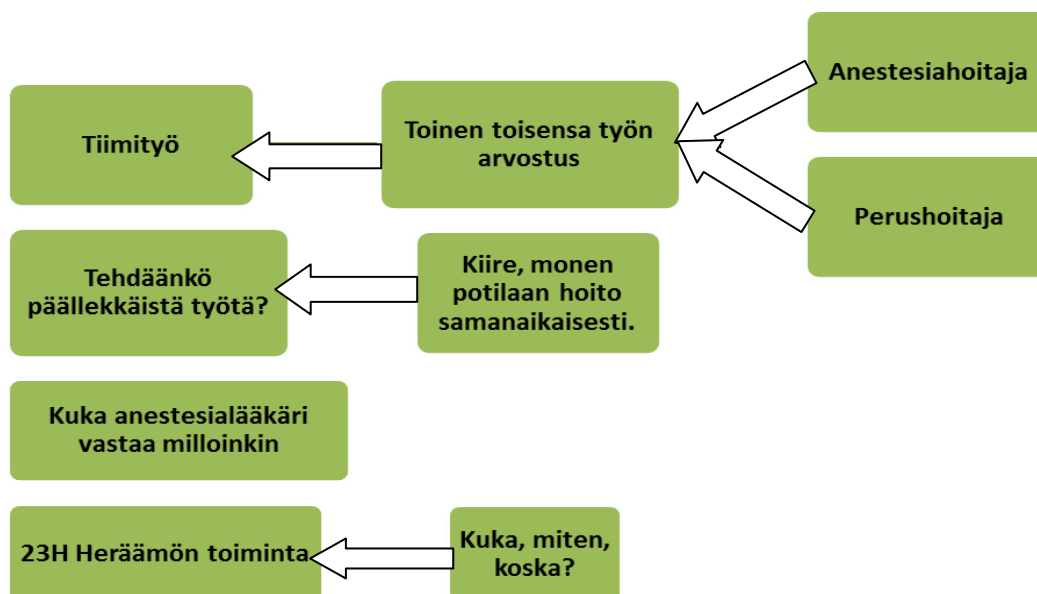


## LIITE 5. Esimerkki Mind Map aineiston analysoinnista (Keskinäinen työnjako -teema)

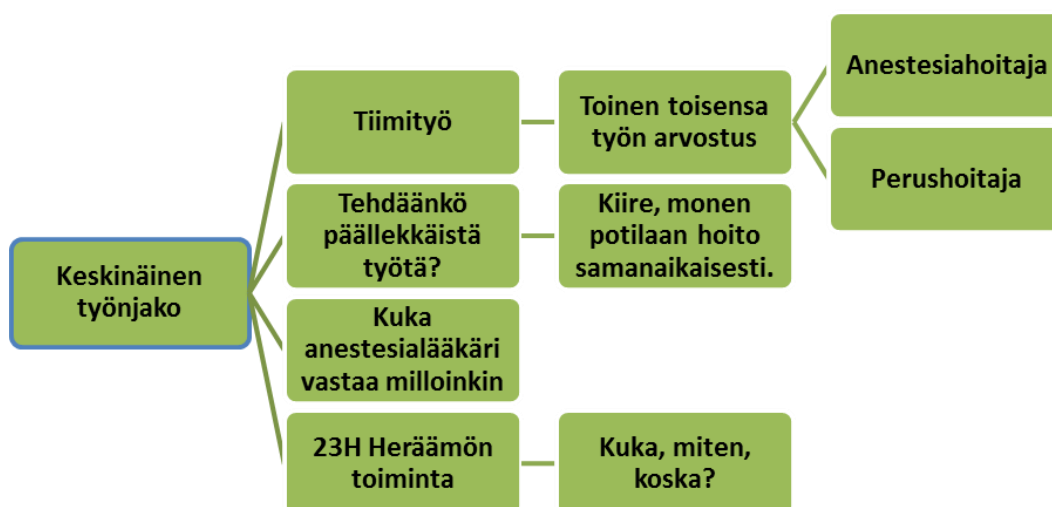
Vaihe 1. Käsitteiden kokoaminen yläkäsitteestä alakäsitteisiin.



Vaihe 2. Ajatusketjujen ryhmittely asiakokonaisuuksiin sisällön perusteella.



Vaihe 3. Teeman nimeäminen sisällön perusteella



## LIITE 6. Kehittämisen prosessi ja vaiheiden liittyminen toisiinsa

### Lähtötilanne

- Tiedonkulun ongelmat
- Hoitokäytäntöjen ongelmat
- Lääkehoidon ongelmat
- Kivunhoidon ongelmat

### Prosessin ohjaajana

#### SWOT

- Vahvuudet-Vahvista!
  - Ammatillista osaamista
- Heikkoudet-Muuta!
  - Yhteistyön puutetta
- Mahdollisuudet-Mitä kohti?
  - Uudet tilat, uudet yhtenäiset käytännöt
- Uhat-Varaudu!
  - Henkilökuntaresurssi

### Leikkauspotilaan siirtokriteerit

- Muokkaus heräämön ja vuodeosastönäkökulmasta
- Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen siirtokriteerien avulla
- Lääkehoidon turvallisuuden vahvistaminen kriteerin avulla
- Kivunhoidon laadun parantaminen selkeän ohjeistuksen/ kriteerin avulla

### Koulutus vuodeosastoille

- Yhteistyön lisääminen
- Tiedonkulun parantaminen
- Potilaan edun/ potilasturvallisuuden lisääminen

### Koulutus leikkaus- ja anestesiayksikköön

- Ammatillisen osaamisen vahvistaminen
- Potilaan optimaalinen hoitoaika
- Henkilökunnan työnjako heräämössä
- Henkilökunnan motivaatio
- Heräämöhoidotyön kehittäminen

### Jatkokehittämishaasteet

- Henkilökuntaresurssin optimaalisuus
- Työvuorot
- Työnjako
- Yhteistyön lisääminen heräämön ja vuodeosastojen välillä
- Hoitoprotokollien laadinta yhteistyössä erikoisalojen kanssa
- Heräämöhoidajan perehdytyksen uudistaminen
- 23H Heräämö
  - 23H Henkilökuntaresurssointi
  - Ohjeet 23H potilaiden hoidosta ja kotiutuksesta
- Toteutus Heräämön kehittämisen TUKE-hankkeena 2015-2017